

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935

THÈSE

N° 318

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR LE

DOCTEUR JEAN MARTEL

Ancien Externe des Hôpitaux

Né à Paris le 16 Août 1905.

DES FIÈVRES TYPHOÏDES
A RECHUTES
CHEZ LES ENFANTS

Président: M. NOBÉCOURT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE GEORGES LANG

11 bis, Rue Curial (XIX^e)

1935



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR LE

DOCTEUR JEAN MARTEL

Ancien Externe des Hôpitaux

Né à Paris le 16 Août 1905.

**DES FIÈVRES TYPHOÏDES
A RECHUTES
CHEZ LES ENFANTS**

Président: M. NOBÉCOURT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE GEORGES LANG

11 bis, Rue Curial (XIX*)

1935



I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIÈRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	N...
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
BÉNARD (Henri).	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne.	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri) ..	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.

MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.

MM.	
LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
ALAJOUANINE.	
AUBERTIN	
BRULÉ	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
HARVIER	
LIAN	
PASTEUR-VAL- LERY RADOT	
SÉZARY	

MM.	
BASSET	Clinique chirurgicale
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER ..	
MOCQUOT	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	Clinique obstétricale.
VELTER	

MM.	
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.
LE LORIER	
LÉVY-SOLAL	
METZGER	

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur NOBECOURT

Professeur de Clinique Médicale Infantile

*qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette
thèse et nous a fait le grand honneur d'en
accepter la présidence.*

*En témoignage de mes sentiments de grati-
tude et de respectueux dévouement.*

A mes MAITRES dans les Hôpitaux

« Stage et Externat »

Professeur CUNEO.

Professeur GOSSET.

Professeur NOBECOURT.

Professeur OMBREDANNE.

Professeur WIDAL (*in memoriam*).

Professeur-Agrégé M. METZGER, *Accoucheur des Hôpitaux*.

Professeur-Agrégé RIBIERRE (*in memoriam*).

Docteur BRODIN, *Médecin des Hôpitaux*.

Docteur JACOB, *Médecin des Hôpitaux*.

Docteur RIST, *Médecin des Hôpitaux*.

Docteur Léon TIXIER, *Médecin des Hôpitaux*.

Docteur P.-E. WEIL, *Médecin des Hôpitaux*.

HISTORIQUE

Qu'il s'agisse des enfants ou des adultes, les rechutes de la fièvre typhoïde ne commencent à être étudiées qu'à partir de la première moitié du XIX^e siècle, quand la maladie a été bien isolée. Rappelons que c'est en 1829 que Louis, résumant sept années de recherches patientes, dans un livre dont on a pu dire qu'il constitue « une monographie unique en médecine » (BUDD) a édifié l'histoire clinique et anatomique de la fièvre typhoïde et l'a ainsi dégagée du groupe confus des « fièvres ».

Les auteurs du commencement de ce siècle citaient les rechutes parmi les accidents de la fièvre typhoïde. On voit dans les travaux de PETIT et SERRES, CHOMEL, LOUIS, ANDRAL, BOUILLAUD, J. FRANK, VALLEIX et beaucoup d'autres, les réversions signalées au hasard.

Mais, déjà, en 1839, TAUPIN parle en termes précis des récidives, dont il cite des observations recueillies à l'Hôpital des Enfants. Il écrit, dans le *Journal des Connaissances Médicales* : « J'ai noté deux fois une anomalie singulière de la marche de la maladie, je veux parler des récidives. » Il s'agit de deux garçons âgés de 13 et de 11 ans. Le premier, après 10 jours, le deuxième après 11 jours d'un état satisfaisant, présentent une reprise des symptômes de la fièvre typhoïde.

En 1843, RILLET et BARTHEZ, dans le tome II de leur *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, écrivent : « Nous avons observé chez trois enfants une récidive survenue après une guérison complète. » Ils n'avaient observé que ces 3 cas sur 111 cas de fièvre typhoïde étudiés.

Puis les publications se succèdent : STEWART, GRIESINGER, JENNER, HIRCHS, THIERFELDER, en rapportent d'intéressantes.

Cependant, les premiers travaux d'ensemble sur cette question remontent seulement à la deuxième moitié du XIX^e siècle. Peu à peu s'esquisse la description de ces manifestations.

En 1859, BARBRAU, fait paraître son mémoire sur *Les rechutes dans la fièvre typhoïde* et, l'année suivante, BOUCAREL fait une étude sérieuse sur *Les fièvres typhoïdes à rechute*.

En 1859, LOUE concluait, dans sa thèse, que de nouvelles ulcérations pouvaient se produire dans l'intestin sous l'influence d'une même intoxication.

En 1864, MICHEL distingue nettement les rechutes des complications et des accidents de la convalescence, sans établir encore une distinction assez nette entre les rechutes et les récidives.

L'année 1868 constitue une date importante dans l'histoire des rechutes de la fièvre typhoïde, car après la publication du traité de Wunderlich sur la température dans les différentes maladies, l'étude clinique des rechutes va pouvoir être précisée à l'aide des constatations thermométriques.

Plusieurs travaux sont publiés ensuite, dans lesquels les auteurs tendent à confondre les termes de rechute, de recrudescence et de récidive. C'est l'occasion d'une mémorable discussion à la Société médicale des hôpitaux de Paris en 1869, qui a pour résultat la publication de l'important mémoire dans lequel CONSTANTIN PAUL tend à préciser la définition de ces différents termes.

En 1876, GUYARD résume dans sa thèse les travaux antérieurs et donne des définitions très précises, avec de nombreuses observations à l'appui, la plupart portant sur des cas observés chez les enfants.

En 1877, BERNHEIM étudie, dans ses *Leçons cliniques*, les signes qui caractérisent les rechutes.

En 1878, paraît la traduction française de l'ouvrage de CH. MURCHINSON, publié en 1862, et contenant une statistique de 50 cas de rechute.

CADET DE GASSICOURT consacre plusieurs pages de son *Traité des maladies de l'enfance* à une discussion sur la pathogénie des rechutes.

En 1881, GIRAUD consacre, dans sa thèse inaugurale sur la fièvre typhoïde chez l'enfant, un chapitre spécial à la rechute. Il conclut à la plus grande fréquence de la rechute chez l'enfant.

En 1883, HUTINEL consacre sa thèse d'agrégation à l'étude de la convalescence et des rechutes de la fièvre typhoïde, et ce travail constitue une très importante mise au point du sujet.

Puis viennent les thèses de MEUNIER (1883), de LIGHT (1886) ; DEVIC (1886), DEUMIE (1887), les articles originaux et les leçons cliniques de JACCOUD. Ainsi, le sujet paraît-il désormais bien étudié, tout au moins au point de vue clinique.

Cependant, la pathogénie reste encore confuse. En 1912, la thèse d'ESCALIER modernise cette question en abordant les rapports des rechutes de la fièvre typhoïde et de l'allergie typhique.

La thèse de FUSELIER, en 1913, rappelle de façon détaillée cet historique et les recherches antérieures. Il donne des rechutes de la fièvre typhoïde une description minutieuse à laquelle il reste peu à ajouter.

Depuis cette époque, les travaux sur la question deviennent plus rares. Citons cependant :

Une observation américaine de HIGGINS, de RICHMOND (Sept. 1921) ;

Celle de CHALIER et LEVRAT (*Méd. de Lyon*, 16 sept. 1928), dans laquelle la rechute se manifeste par un véritable état septicémique avec frissons et où l'auteur note l'action efficace du sérum de Rodet ;

L'intéressante communication de MM. FIESSINGER et CATTAN (*Société médicale des hôpitaux*, 30 nov. 1928), dans laquelle les auteurs ont étudié trois rechutes entretenues par une cholécystite éberthienne, et l'action du tubage duodénal sur la marche de l'infection ;

L'article de CH. COHEN, de *Bruxelles* (12 juill. 1931), cet auteur considérant la vaccinothérapie comme le traitement de choix des rechutes de la fièvre typhoïde ;

L'observation de MM. BACALOGU-DUMITRESCO-MANTE-CIORAPCIU, de Bucarest (*Société médicale des hôpitaux*, 6 mai 1932), sur un cas de fièvre typhoïde suivi de cinq rechutes et ayant duré 182 jours ;

L'observation de M. THÉODORE DIMITRESCO, de Bucarest (déc. 1934) ;

Enfin, notre maître, le professeur NOBECOURT, a consacré l'une de ses leçons cliniques (26 mars 1932), à l'étude de ce sujet. Elle nous a été du plus précieux secours, et il nous a paru assez vain, après sa lecture, de vouloir y ajouter quelque chose.

INTRODUCTION

Avant d'entreprendre l'étude des fièvres typhoïdes à rechutes chez les enfants, il est important de *définir exactement ce qu'on entend par rechute*. En effet, dans son évolution, la fièvre typhoïde peut présenter différentes modalités qui peuvent en modifier l'allure ordinaire. C'est ainsi qu'on a pu décrire des recrudescences, des rechutes, des récidives. Ces trois termes ont prêté longtemps à confusion, certains auteurs ont même essayé d'accréditer des termes nouveaux ou des synonymes, tels que « réversion » (MICHEL, JACCOUD), « réitération », « reprise ». Leur signification a suscité des discussions nombreuses, notamment, comme nous l'avons déjà signalé, le 10 décembre 1869, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

LITTRÉ, déjà, dans son *Dictionnaire de Médecine*, esquisse la séparation entre :

La Récidive (*redidivus* - qui recommence), « réapparition d'une maladie après le rétablissement complet de la santé, au bout d'un laps de temps indéfini, qui souvent se compte par années », et

La Rechute « réapparition d'une maladie pendant, ou après la convalescence, quand celle-ci est mal dirigée ou abandonnée au hasard ».

En 1882, dans son *Traité clinique des maladies de l'enfance*, CADET DE GASSICOURT précise la signification de ces mots. Il écrit : « Une *récidive* de fièvre typhoïde est une maladie nouvelle, absolument distincte de la première ; une *rechute* de fièvre typhoïde n'est pas une maladie nouvelle, elle est la continuation de la première, elle est le deuxième acte du même drame... La fièvre typhoïde à rechute est une forme de la maladie, comme la forme abortive ou prolongée.

« En somme, et pour prendre une comparaison qui peut-être me fera mieux comprendre, nous sommes habitués à voir la dothiënenterie se développer en un seul acte : c'est la forme ordinaire ; mais elle peut avoir deux actes, c'est la fièvre typhoïde à rechutes.

« Parfois, la fièvre typhoïde à rechutes est en trois ou même quatre actes, au lieu de deux. »

Actuellement, la plupart des auteurs sont d'accord sur ces différents termes, en particulier depuis la thèse d'HUTINEL, dont les définitions sont restées classiques.

La rechute est « la reproduction, après l'établissement apparent de la convalescence, de tout ou partie des signes qui ont caractérisé la première atteinte ». Les auteurs insistent sur la nécessité, pour qu'il y ait rechute, de l'existence d'une période apyrétique intercalaire dont la durée est d'ailleurs très variable.

La recrudescence est caractérisée par « l'aggravation de la température et des signes typhoïdiques au cours de la période d'état ou pendant la défervescence, mais avant l'établissement de l'apyrexie caractéristique et, par conséquent, de la convalescence ».

La récédive est « une nouvelle fièvre typhoïde, survenant chez un individu totalement guéri depuis plusieurs mois ».

De ces trois termes, c'est la récédive qui semble constituer l'entité la mieux définie, nettement distincte de la rechute. Ses caractéristiques propres ne sont point tant sa date d'apparition, toujours variable — et il est en particulier des rechutes tardives — que l'éclosion en pleine santé après une convalescence, non seulement bien établie, mais ayant complètement évolué, de signes nouveaux d'infection éberthienne à évolution normale et non point déformée comme le fait est fréquent dans la rechute et que sa pathogénie spéciale : infection éberthienne nouvelle, réinfection venue du dehors, chez un individu qui n'a pas acquis l'immunité.

Il est évidemment des cas intermédiaires, difficiles à étiqueter, soit de rechutes très tardives et graves, ou du moins bien caractérisées, simulant une récédive, soit de récédives précoces et d'allure bénigne. Mais il n'en reste pas moins vrai que, dans la majorité des cas, rechute et récédive ont leur physionomie clinique et leur pathogénie particulières.

Tout au contraire, rechute et recrudescence sont plus difficiles à séparer et leur distinction apparaît souvent arbitraire. D'ailleurs, l'entente entre les auteurs sur la définition de la recrudescence a été plus longue à s'établir que sur celle de la rechute et de la récédive.

La distinction entre la rechute et la recrudescence a été basée essentiellement sur l'existence d'une période d'apyrexie intercalaire, dont la netteté et la précision sont interprétées de façon fort variable :

Pour HUTINEL, il faut que la température ait oscillé, matin et soir, pendant deux jours au moins, au voisinage de 37°, pour qu'il y ait rechute.

Pour JACCOUD, POTAIN, CHANTEMESSE, un seul jour d'apyrexie serait suffisant pour établir ce diagnostic.

Pour d'autres auteurs, en particulier DEVIC, on peut observer seulement avant la rechute une apyrexie relative, la température oscillant pendant quelques jours au voisinage de la normale.

ESCALIER admet la possibilité d'une apyrexie relative, dans laquelle la température vespérale dépasse 38° ; il admet également la possibilité d'une apyrexie irrégulière, mais à la condition que cette apyrexie ait été précédée par une défervescence graduelle, régulière, de la courbe thermique.

On conçoit combien de telles définitions sont élastiques et aussi combien il devient difficile en certains cas de dire s'il y a eu rechute ou simplement recrudescence. C'est que de ces trois modalités de reprise du syndrome typhoïdique,

la recrudescence nous semble la plus difficile à définir et aussi la moins nettement établie. Et, cependant, elle répond indiscutablement à la réalité de certains faits cliniques. La seule difficulté est d'en définir le terme et surtout d'en établir le cadre.

Il nous reste à nous excuser d'une aussi longue discussion. Nous avons essayé de clarifier la question, bien incomplètement cependant, car si nous avons séparé nettement récidive et rechute, nous manquons d'un critérium permettant de différencier exactement rechute et recrudescence ; c'est de l'ensemble des signes cliniques de la période intercalaire (défervescence thermique, atténuation des signes de la période d'état, apparition des signes de convalescence) qu'on tirera une impression générale faisant pencher le diagnostic vers l'idée de rechute.

*
**

Un point nous reste encore à étudier avant de commencer la description clinique des fièvres typhoïdes à rechutes chez les enfants : c'est la *fréquence* de ces rechutes :

Elle est appréciée de façon très variable, et ces différences tiennent essentiellement :

A un coefficient personnel : certains auteurs ayant tendance à considérer comme rechute des crises fébriles passagères qui surviennent chez les convalescents ;

A la nature des épidémies, dont certaines sembleraient être plus portées à présenter des rechutes (Epidémie parisienne de 1882 et épidémie de 1911) ;

Au pays envisagé et quelques auteurs ont signalé la fréquence plus grande des rechutes en Allemagne et en Suisse (HUTINEL), en Angleterre ;

A l'influence de l'âge. Certains auteurs ne lui en reconnaissent aucune, pour d'autres (ZIWER, HUTINEL), les rechutes sont particulièrement fréquentes dans l'enfance.

Alors que chez l'adulte, MM. TRIPIER et BOUVERET indiquent une proportion de 4,5 %, chez l'enfant, M. RADOIN ZIWER donne la statistique suivante : sur 5.614 cas, 370 rechutes, soit 6,5 % ; M. COMBY, à la *Société de Pédiatrie de Paris*, le 11 avril 1899, compte 35 rechutes pour 120 cas de fièvre typhoïde, soit 30 % ; son élève, M. HENRI CHATARD (1^{er} déc. 1899) ajoute 15 cas nouveaux à ceux relatés par M. COMBY ; sur un total de 135 cas, il n'a observé également que 35 rechutes, soit 25,9 %.

Dans une communication récente à la *Société Médicale des Hôpitaux*, E. APERT rappelle que les médecins d'enfants observent plus de rechutes que ceux d'adultes. Le chiffre de celles-ci peut atteindre 20 % des cas.

La rechute peut s'observer à toutes les périodes de l'enfance ; cependant, MAIGNOU, dans une étude sur la fièvre typhoïde du nourrisson, ne signale même pas la possibilité de rechutes (1913). Pour ZIWER, c'est autour de 12 à 13 ans que les rechutes sont les plus fréquentes.

Quant au sexe, les filles seraient plus sujettes aux rechutes que les garçons, d'après M. MONTMOLLIN.

Nous avons, pour notre part, observé 47 cas de fièvre typhoïde survenus chez l'enfant, entre les années 1928 et 1934 incluses, et traités à la Clinique des Enfants Malades. Sur ces 47 malades, 9 seulement firent une rechute, ce qui porte notre statistique à 19,2 %.

Sur ces 9 rechutes, 5 survinrent chez des enfants de 11 à 14 ans, 3 chez des enfants de 6 à 8 ans, une seulement à l'âge de 4 ans.

Enfin, 5 de nos cas survinrent chez des garçons, 4 chez des filles.

On s'est encore demandé s'il pouvait y avoir un parallélisme entre les caractères de la première atteinte, c'est-à-dire l'intensité de la forme clinique de fièvre typhoïde en cause, et la fréquence des rechutes. La plupart des auteurs signalent une plus grande fréquence des rechutes dans les

formes bénignes de la fièvre typhoïde ; il s'agirait le plus souvent de formes de moyenne intensité, sans prédominance symptomatique, de durée ordinairement courte, quelquefois abortives. Les rechutes seraient, par contre, plus rares dans les formes graves. Ce fait est assez communément admis, particulièrement en ce qui concerne l'enfant. Or, la fièvre typhoïde étant généralement bénigne chez l'enfant, sans doute faut-il voir là la particulière fréquence des rechutes à cet âge.

Ce fait est d'ailleurs loin d'être constant.

Nous n'avons, pour notre part, rien relevé de bien spécial à ce point de vue. Sur nos 12 observations relatées, la majorité (8 sur 12) succédait à une fièvre typhoïde de moyenne intensité, les autres cas, qu'ils fussent légers, moyens ou sévères, succédaient indifféremment à des formes graves ou à des formes frustes.

Ainsi, il semble bien qu'il n'y a pas de parallélisme entre l'intensité de la fièvre typhoïde envisagée et la fréquence des rechutes, le plus souvent la première phase clinique ne présente rien de particulier. La rechute peut s'observer aussi bien lorsque les signes de la fièvre typhoïde ont été estompés et légers, que lorsque celle-ci a été sérieuse, avec un état typhique très marqué.

Les *vaccinations* préventives sembleraient avoir fait diminuer en partie la fréquence des rechutes ; leur rôle n'est pas encore élucidé, il serait assez net pour FUSELIER, qui en fait le premier la remarque. Aucun de nos enfants n'était vacciné et en général les publications faites à ce sujet concernent des individus non vaccinés.

ÉTUDE CLINIQUE

La *fièvre typhoïde à rechutes* comprend trois phases :

La première phase est la fièvre typhoïde elle-même ;

La deuxième phase est la période intermédiaire d'apyrexie ;

La troisième phase est la nouvelle période fébrile : la rechute.

I. — *LA FIÈVRE TYPHOÏDE* elle-même, nous l'avons vu, ne présente rien de particulier ; elle peut revêtir les diverses modalités qu'elle présente chez les enfants : forme commune ou moyenne, forme légère, forme abortive, forme prolongée. Nous l'avons dit, il s'agirait le plus souvent, pour nombre d'auteurs, d'une forme courte ou légère.

La défervescence est tantôt lente, tantôt plus ou moins rapide ou même brusque. La température tombe au voisinage de 37°. C'est la fin de la période fébrile, le début de la convalescence, c'est :

II. — *LA PÉRIODE INTERMÉDIAIRE*

La rechute de la fièvre typhoïde est donc toujours précédée d'une phase d'ébauche de convalescence : c'est une période où l'apyrexie coexiste avec une amélioration des différents signes. Cette période est très variable et de durée inégale.

Nous avons vu précédemment, lorsqu'il nous a fallu donner une définition de la rechute, combien il était souvent difficile d'individualiser nettement cette période intermédiaire.

Sa durée est très variable.

Mais entre des limites extrêmes, il est une durée moyenne, aux environs de laquelle oscillent les cas les plus fréquents :

cette durée est le plus souvent *de 3 à 9 jours*, et les chiffres observés par CHATARD sont les suivants :

Dans 4 cas	de 1 à 2 jours,
Dans 13 cas	de 3 à 6 jours,
Dans 16 cas	de 7 à 9 jours,
Dans 4 cas	de 13 à 15 jours.

Elle est rarement plus longue et les durées de 30, 40 et 50 jours signalées par CHATARD sont rares. On peut, d'ailleurs, se demander, dans ces cas, s'il s'agit d'une rechute ou d'une récidive.

Pour HIGGINS, la durée de 43 jours, observée chez son malade, constitue une des plus longues qui aient été signalées.

Dans l'observation de FIESSINGER et CATTAN, une période d'apyrexie de 20 jours sépare la première atteinte de la reprise de la température. C'est encore 20 jours d'apyrexie qui s'écoulent entre la rechute et la troisième atteinte, celle-ci et la quatrième.

M. THÉODORE DIMITRESCO (Bucarest) rapporte le cas d'une fièvre typhoïde suivie de trois rechutes, la première après 42 jours d'apyrexie, la deuxième après 26 jours et la troisième après 6 jours seulement d'apyrexie.

Ce sont là, il est vrai, des faits exceptionnels, et il suffit de rappeler l'opinion de JACCOUD, qui disait qu'après 10 jours d'apyrexie, la rechute n'était plus à craindre.

Quant à la durée minima, elle est très difficile à préciser :

Pour HUTINEL, il fallait que la température ait oscillé, matin et soir, pendant deux jours au moins, au voisinage de 37°, pour qu'on puisse parler de rechute.

POTAIN et CHANTEMESSE se contentent d'une seule journée.

Cette durée minima est d'autant plus difficile à préciser qu'il existe, nous l'avons vu, tous les types de passage possibles entre la recrudescence et la rechute. D'ailleurs :

- *Cette apyrexie peut n'être pas absolue.*

DEVIC signale que la température, sans s'abaisser à 37°, peut osciller autour de la normale.

ESCALIER admet des températures vespérales qui dépassent 38°, avec une apyrexie irrégulière, mais à condition que celle-ci soit précédée d'une défervescence graduelle.

Cette opinion est partagée par FUSELIER, pour qui la courbe thermique ne permet pas à elle seule d'affirmer la rechute. Il faut, pour cet auteur, qu'il existe simultanément :

Une défervescence thermique qui peut ne pas atteindre la normale ;

Une atténuation marquée et progressive des signes typhoïdiques de la période d'état ;

L'apparition des signes de convalescence : amélioration de l'état général, langue rouge et humide, pouls de fréquence normale ou parallèle à la température et bien frappé, polyurie au moins relative, retour de l'appétit.

Dans nos observations, la durée de cette période intermédiaire n'a jamais été très longue et répond aux délais classiques de 3 à 9 jours. Dans un cas, elle n'a pas dépassé 24 heures. L'apyrexie a été très variable : elle a pu être complète ; elle a pu également être caractérisée par une température qui s'était simplement rapprochée de la normale sans s'y fixer.

III. — LA RECHUTE. PRODROMES.

CHANTEMESSE a rapporté l'existence de certains signes, en réalité symptômes persistants de la première atteinte, qui pourraient faire prévoir la rechute, au cours de la période intercalaire.

Ce serait : l'absence de défervescence franche, avec persistance d'une élévation thermique vespérale qui atteint 37°8, 38° (apyrexie relative) ; la fréquence du pouls, la persistance de la splénomégalie, l'absence de la polyurie caractéristique, la céphalée. On a décrit également la persistance de troubles digestifs, en particulier de constipation, avec état saburral de la langue.

Bien qu'assez fréquents, ces signes n'existent pas toujours et parfois (une fois sur quatre pour CHATARD), la convalescence paraît se poursuivre régulièrement, le pouls relativement bon, l'appétit revenu, les selles normales, l'abdomen souple, la langue humide ; aucun signe ne permet de prévoir la rechute dans ce tableau de convalescence franche et définitivement établie.

APERT a signalé cependant le fait suivant : « Quand, à la fin d'une fièvre typhoïde, la température ne se contente pas de retomber à la normale, mais tombe au-dessous de 37°, ne serait-ce que pendant 1 ou 2 jours, on peut être assuré qu'il n'y aura pas de rechute. On peut, par conséquent, réalimenter l'enfant plus rapidement. Le plus souvent, cette hypothermie s'accompagne de bradycardie et de quelques irrégularités du pouls. »

En réalité, dans une de nos observations (Berthelot B...), la température avait atteint 36° le matin, 36°5 le soir pendant 2 jours. Il est d'ailleurs à remarquer que la même hypothermie s'est retrouvée pendant la convalescence de la deuxième rechute, alors que la guérison cette fois a été définitive. Dans une autre également (Lucienne M...), la température tombe pendant 3 jours au-dessous de 37°, atteignant même 36° et, cependant, l'enfant fait une rechute.

En résumé, il est bien difficile de prévoir la possibilité d'une rechute, puisqu'elle peut se manifester dans des cas où la convalescence semblait déjà être définitivement établie.

DÉBUT

Le début est marqué par la reprise de la fièvre et par l'apparition de divers signes.

De tous ces signes, la fièvre apparaît comme *le seul signe constant*.

Ce début peut être brusque, la température passe de 37° à 39° ou 40°, en l'espace de 24 heures, s'accompagnant de frissons et de vomissements. Ce mode de début a été signalé par CADET DE GASSICOURT, qui écrit à ce sujet : « Ce mode de début est fréquent et j'avais pensé, lors de mes premières recherches sur ce point, qu'il était constant. Il n'en est rien. » Tout au contraire, il apparaît comme très rare, et nous ne l'avons pas observé.

D'autres fois, le début est graduel, la température présente des oscillations ascendantes, lentes et régulières, comme dans la fièvre typhoïde normale. Son élévation est cependant en général plus rapide et l'ascension se fait en 2 ou 3 échelons, la courbe atteignant son maximum en 48 ou 72 heures ; c'est ce qu'on observe le plus souvent. •

Nos observations répondent en général à ce type.

Quant aux autres signes, ils sont très variables. Il faut cependant noter la fréquence de la *céphalée*, qui est un des bons signes avant-coureurs de la rechute. Dans l'observation de FIESSINGER et CATTAN, ce sont des signes *hépatovésiculaires* qui accompagnent le début des rechutes (la première rechute en particulier est précédée d'une décoloration des matières).

ÉTAT

A sa période d'état, la rechute peut s'accompagner de tout ou partie des signes de la fièvre typhoïde normale. Mais il est rare que le tableau clinique soit aussi chargé ; le plus habituellement, il reste incomplet avec un signe prédominant : la fièvre, auquel viennent s'ajouter quelques

autres signes, parmi lesquels les plus fréquents sont la céphalée, la splénomégalie, les taches rosées, quelques phénomènes intestinaux. Si la fièvre constitue le signe majeur en faveur de la rechute, il n'est, néanmoins, pas suffisant pour certains auteurs, pour l'affirmer. C'est ainsi que pour OSLER, elle ne peut être caractérisée que s'il existe au moins deux ou trois des caractères les plus importants de la maladie.

Quoi qu'il en soit :

La *fièvre* constitue un des signes les plus constants, souvent le seul, et dans tous les cas, il garde parmi les autres une importance prépondérante.

On peut observer, à cette période, le plateau avec petites oscillations de la typhoïde normale ; en général, ce plateau est cependant moins élevé et a une durée moins longue. Alors que la température est à 40° au début, elle baisse un peu par la suite. Elle est rarement maintenue pendant toute la durée de la période d'état. Souvent, et ceci d'une façon plus fréquente que lors de la première atteinte, la température peut être irrégulière et présenter des oscillations. ZIWER insiste sur ces irrégularités et sur la fréquence de grandes oscillations au commencement de la rechute. HUTINEL a d'ailleurs décrit des types de rechutes qui seraient constituées pendant toute leur durée par de grandes oscillations.

Les taches rosées sont inconstantes dans la rechute. Quand elles existent, leur éruption est en général plus précoce (parfois le troisième ou le quatrième jour, généralement le cinquième ou le sixième, rarement plus tard) et beaucoup moins abondante que dans la première atteinte. Assez souvent elles manquent. Tel est le cas dans la plupart de nos observations.

Les phénomènes intestinaux manquent le plus souvent. Même lorsque la température est élevée, le ventre des malades peut rester absolument souple et le météorisme faire

complètement défaut. La diarrhée manque dans plus de la moitié des cas ; le gargouillement et la douleur sont très inconstants.

La splénomégalie est rare. Sa valeur est d'ailleurs discutable, car après une infection aussi profonde de l'organisme que la fièvre typhoïde, la persistance de la splénomégalie, ou même sa réapparition sous des causes minimes, ne constitue pas un signe d'une valeur absolue.

Cette matité est d'ailleurs difficile à déceler chez les enfants où elle doit atteindre un volume assez considérable pour être perçue.

Les phénomènes généraux sont rarement aussi marqués que lors de la première atteinte. Il n'y a *pas d'état typhique*, ou s'il existe, il est atténué, à moins que la rechute ne succède à une première atteinte grave.

En général, le faciès reste bon, la langue humide, l'appétit même persiste souvent. Les phénomènes nerveux, l'insomnie, font le plus souvent défaut ; la céphalée est loin d'être constante.

Les signes pulmonaires sont très inconstants.

Urines : CHANTEMESSE a signalé la réapparition de la réaction diazoïque de l'urine. Ce signe serait pour lui l'un des plus précoces et des plus sensibles de la rechute.

La polyurie commençante de la convalescence ébauchée fait souvent place pendant la rechute à une oligurie de retour, qui perpétue pendant la rechute le parallélisme inverse si constant et si frappant des deux courbes thermique et urinaire dans la fièvre typhoïde normale.

Cependant, FUSELIER a pu constater dans les rechutes bénignes et de courte durée que la polyurie persistait pendant la rechute, alors même que la température dépassait 39°.

Dans une de nos observations, nous avons pu constater, au moment de la première atteinte, des signes d'insuffisance hépatique se traduisant par des troubles du métabolisme

des sucres et l'apparition dans les urines d'une glycosurie et d'une acétonurie passagères. Au moment de la rechute, ces signes étaient disparus et les urines du malade étaient normales.

L'hémoculture peut être à nouveau positive. C'est même la règle générale. C'est ce que nous avons constaté dans la plupart de nos observations. Le germe mis en présence est en général le même que celui en cause lors de la première atteinte. Dans l'observation de FIESSINGER et CATTAN, l'hémoculture est positive à chaque rechute. Il est à signaler que le tubage duodénal a permis à cet auteur de mettre en évidence les mêmes germes que l'hémoculture.

Le séro-diagnostic est toujours positif et agglutine fortement le germe en cause. Sa valeur est cependant discutable, car très souvent les phénomènes d'agglutination existent déjà lors de la fin de la première atteinte. Ils persistent longtemps et on ne peut tirer aucune conclusion de leur existence.

DÉFERVESCENCE

Elle peut se faire en lysis, comme dans la première atteinte.

Elle se fait, le plus souvent, plus rapidement, par des oscillations descendantes qui, en 3 ou 4 jours, au maximum, et parfois moins, ramènent la température à la normale.

Il est rare qu'elle traîne longtemps.

On a vu la valeur qu'APERT attache à l'hypothermie.

La polyurie, lorsqu'elle n'a pas persisté, réapparaît et la convalescence s'établit en général très rapidement.

La terminaison habituelle de la rechute est la guérison, bien que nous verrons plus loin qu'il existe des formes graves et même mortelles.

Durée. La rechute est habituellement plus courte et moins grave que la première atteinte (FUSELIER).

La durée moyenne est de 4 à 16 jours.

Pour DEVIC, les rechutes ont le plus souvent une durée qui les rapproche plus ou moins de 7, 14, 21 jours, « on reconnaît là encore, dit-il, comme pour la fièvre, une tendance à l'évolution par septenaire ». Cette tendance, dit ZIWER, est aussi marquée chez l'enfant que chez l'adulte.

Pour le professeur NOBECOURT, dans les formes communes, la durée est en général de 12 à 14 jours.

Dans nos observations, la durée des rechutes est, dans la plupart des cas, de 8 à 15 jours et est inférieure à celle de la première atteinte. Dans 4 cas, cependant, cette durée est supérieure à celle de l'atteinte initiale ; il en est même un où la rechute a duré 43 jours, alors que le premier épisode n'avait été que de 6 jours.

La durée de la maladie totale diffère suivant les modalités de la première et de la deuxième atteinte. Elle varie de 30 à 60 jours, généralement elle est de 40 à 50 jours.

Mais elle dépend également du *nombre des rechutes*.

Le plus souvent, il n'y a qu'une rechute. Parfois, cependant, il y en a plusieurs : WUNDERLICH et GRIESINGER ont décrit des rechutes doubles ; TUCKWELL, BUCQUOY, JACCOUD, IRVENE, des rechutes triples ; HALLOPEAU a rapporté un cas de rechute quintuple, ayant duré 200 jours, et COMBY, un cas de rechute sextuple chez l'enfant, ayant duré 4 mois.

CHANTEMESSE a publié un cas de rechutes subintrantes ayant porté à 5 mois la durée totale de la maladie.

HUTINEL signale la possibilité de rechutes compliquées d'une recrudescence.

FIESSINGER et CATTAN observent en 1928 une dothiénentérie ayant duré 5 mois et présentant trois rechutes successives.

Enfin, plus récemment, MM. BACALOGU-DUMITRESCOMANTE-CIORAPCIU publient le cas d'une fièvre typhoïde suivie de cinq rechutes successives et durant 182 jours (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 6 mai 1932).

En général, quand il y a plusieurs rechutes, pour CHATARD, l'intervalle entre la première et la deuxième rechute serait plus long que l'intervalle entre la première atteinte et la première rechute. Le début de la deuxième rechute est en général brusque. Une observation assez particulière à ce sujet, est celle de FIESSINGER et CATTAN, dans laquelle chaque rechute est survenue après une période d'apyrexie rigoureusement identique.

FORMES CLINIQUES

Nous avons décrit la *forme moyenne* ou *commune* se terminant, en général, par la guérison.

Tel est le type le plus fréquent.

Il est cependant d'autres modalités de la rechute :

Il est des formes légères ébauchées, dans lesquelles la fièvre, qui est plus ou moins élevée, ne persiste que 2 ou 3 jours, puis la température revient à la normale. On ne constate pas d'autres signes que la fièvre. Suivant M. CHATARD, cette forme réalise 9 % des cas. On conçoit la bénignité du pronostic.

A l'opposé, il est des *formes graves* où la première atteinte a été sévère. La fièvre y est élevée, avec des signes graves qui rappellent ceux de la fièvre typhoïde ordinaire. La durée en est de 25 à 30 jours. Elles peuvent se terminer par la mort, du fait de *cachexie* ou des *complications habituelles*. Celles-ci ne sont cependant pas particulièrement fréquentes au cours des rechutes. CHATARD a observé un cas de perforation intestinale, un cas de pleurésie séro-fibrineuse. Chez un de nos malades, est survenue une endocardite, qui a continué à évoluer pour son propre compte après la guérison de la rechute.

Sur 25 cas de rechutes, RADOIN-ZIWER relève :

- 3 rechutes graves ;
- 7 rechutes d'intensité moyenne ;
- 15 rechutes légères.

Sur les 12 cas observés à la Clinique des Enfants-Malades, il existait :

- 10 rechutes légères ou moyennes ;
- 2 graves.

PRONOSTIC

On voit donc que le pronostic de la rechute est le plus souvent bénin, en particulier chez l'enfant.

La guérison est la règle ; cependant, la mort est possible et nous avons signalé la possibilité de rechutes graves pouvant se terminer par l'une des complications habituelles de la fièvre typhoïde. M. CHATARD, sur 36 rechutes, a observé un cas de mort par perforation intestinale.

La rechute serait particulièrement bénigne lorsqu'elle débute par une ascension brusque de la température, celle-ci, mode de réaction exceptionnel dans l'infection éberthienne, pouvant être considérée comme un processus d'allergie.

La persistance de la polyurie au cours de la rechute serait également d'un très bon pronostic.

Enfin, la résistance du sujet et l'état dans lequel l'a laissé la première atteinte constituent également un élément important du pronostic.

Celui-ci, d'ailleurs, ne peut être basé sur un seul signe, mais sur les principaux éléments du pronostic : langue, pouls, etc.

Toutes nos rechutes se sont terminées par la guérison et nous n'avons observé aucun décès.

ÉTIOLOGIE, PATHOGÉNIE

Elles sont encore mal connues.

Autrefois, on invoquait des causes déclenchantes diverses.

On accusait sans grandes preuves :

La reprise trop précoce de l'alimentation ;

Les écarts de régime ;

Une insuffisance de soins. Rappelons-nous, d'ailleurs, les définitions de LITTRÉ. La rechute est la réapparition de la maladie, pendant ou après la convalescence, quand celle-ci est « mal dirigée ou abandonnée au hasard ».

On a accusé également la méthode balnéothérapique de provoquer la fréquence des rechutes. C'est ainsi que pour VOLIN, l'excès de la balnéothérapie expliquait la fréquence de ces accidents en Allemagne où l'on baignait beaucoup les malades.

On a aussi accusé la constipation (MACLAGAN), la stagnation dans l'intestin des matières riches en bacilles typhiques permettant leur fixation sur la muqueuse intestinale.

On a même incriminé le refroidissement, les fatigues physiques et morales ; GRIESINGER et CONSTANTIN PAUL citent des faits où les émotions sont en cause.

En réalité, tous ces facteurs semblent jouer un rôle accessoire. Ils sont loin d'être constants et, à l'heure actuelle, on préfère invoquer l'existence d'une véritable *réinfection*.

Déjà, en 1887, ARNOULD exprime l'idée que « la rechute correspond à une nouvelle poussée infectieuse et quand elle se reproduit, c'est que les bacilles ont persisté à l'état latent en un point ignoré, et que ce foyer est devenu, sous l'influence de circonstances favorables, le point de départ de nouvelles colonies qui envahissent tissus et organisme ».

L'existence de cette réinfection semble être vérifiée par des constatations anatomo-pathologiques qui ont pu être

faites dans ce but. Bien que certains, s'appuyant sur un cas de rechute terminé par la mort et dans lequel il n'existait à l'autopsie que des phénomènes de catarrhe intestinal, soutiennent, en 1872, que l'entérocolite est la lésion anatomique de la rechute, la plupart des auteurs français et étrangers, s'appuyant sur la majorité des faits, admettent que la rechute correspond à une poussée intestinale nouvelle, déterminant à côté des ulcérations cicatrisées ou en voie de cicatrisation, des infiltrations et des ulcérations portant sur des plaques et des follicules non atteints dans la première phase de la maladie.

Le mécanisme et l'origine de cette réinfection sont plus discutés.

GRIESINGER invoquait une infection typhoïde nouvelle, en particulier une contagion produite dans la salle.

HAMERNYCK et MACAGLAN admettaient une inoculation des plaques et follicules sains, par les produits de sécrétion des plaques et follicules altérés.

JACCOUD invoquait une modalité particulière de l'infection évoluant en deux ou plusieurs étapes, suivant le nombre des rechutes. Il établissait un parallélisme entre les fièvres récurrentes et la fièvre typhoïde.

Ces théories sont aujourd'hui abandonnées.

On admet plutôt l'opinion, déjà défendue par CHANTEMESSE, qu'il s'agit là d'une auto-réinfection ; celle-ci étant en rapport étroit avec les variations d'immunité acquise par le sujet. Elle s'observe quand cette dernière ne s'est pas établie. « Après le stade d'infection sanguine généralisée, les germes persistent dans certains organes au niveau desquels semble s'être constituée une sorte d'immunité locale. Si les germes d'un de ces foyers, sous l'influence d'une cause quelconque, repénètrent dans la circulation, il y a auto-réinfection se traduisant par une nouvelle septicémie éberthienne qui est la rechute. »

L'étude de l'allergie typhique faite par ESCALIER, reprise dans ces dernières années par DELANOE, vient confirmer ces faits. Dans une étude sur *La signification biologique des lésions intestinales de la fièvre typhoïde*, DE LAVERGNE étend aux rechutes la théorie de l'allergie typhique. « Un sujet a fini sa fièvre typhoïde, il reste porteur de germes. Mais, en raison d'une immunité locale ou générale, les bacilles typhiques restent dans l'intestin, à l'extérieur de l'organisme. Si son immunité vient à fléchir, les bacilles intestinaux absorbés par les lymphatiques, recommencent l'invasion de l'organisme. »

Les variations de l'immunité et de l'allergie typhique sont très nombreuses et il est difficile de préciser les causes qui les règlent. On connaît peu de chose au sujet de leur mécanisme. Peut-être la notion de virulence du germe entre-t-elle en cause ; mais cette hypothèse ne concorde pas avec l'observation clinique, puisque dans la pratique, les rechutes se produisent surtout dans les formes bénignes. Il interviendrait plutôt, suivant la conception de notre maître le professeur NOBECOURT, des conditions spéciales de terrain. A côté de l'immunité générale, liée à l'existence des anticorps, il faut faire intervenir également l'immunité locale, les moyens de défense non spécifiques qui s'effectuent dans le système réticulo-endothélial, plaques de PEYER, ganglions mésentériques, et dans le foie. On conçoit que les rechutes puissent ainsi s'observer chez les enfants lymphatiques présentant une débilité hépatique, des troubles intestinaux, les obèses ; qu'elles puissent s'observer chez des individus à vésicule biliaire déjà altérée, etc., mais ces conditions font souvent défaut.

Si l'on ne connaît que peu de chose sur les circonstances qui permettent l'envahissement de l'organisme par de nouvelles colonies de bacilles, on connaît, par contre, beaucoup mieux les foyers où ceux-ci sont enkystés. On a pu retrouver le bacille d'EBERTH, dans des foyers d'ostéo-périostite.

dans la vésicule biliaire. L'observation de FIESSINGER et CATTAN offre un exemple frappant de cette localisation à la vésicule biliaire et du rôle joué par elle. Il s'agit d'une fièvre typhoïde ayant duré 5 mois et présentant 3 rechutes successives. Cette réinfection s'expliquait par la coexistence d'une cholécystite typhique et l'infection permanente des voies biliaires. « La vésicule semblait être devenue un réservoir de bacilles, d'où, à la moindre défaillance de l'organisme, ceux-ci se répandaient dans la circulation générale... L'atteinte de la vésicule nous était chaque fois prouvée, soit par une poussée de cholécystite, soit par une colique hépatique. »

MORELLET, dans sa thèse (Paris 1908) (*Contribution à l'étude de la phlébite typhique*), rapporte une observation de LEMIERRE et ABRAMI, au sujet d'une dothiéntérie ayant duré 5 mois et où les rechutes semblaient dues à un essaimage de bacilles partis d'une phlébite interminable que présentait leur malade.

FIESSINGER signale encore comme possible le rôle de la rate, des ganglions.

BACALOGLU, DIMITRESCO, MANTE, CIORAPCIU, celui du rein.

Ces localisations classiques suffisent à expliquer d'où peuvent essaimer les bacilles. Elles peuvent être importantes à connaître, comme nous le verrons au point de vue des essais thérapeutiques.

DIAGNOSTIC

Dans la majorité des cas, le diagnostic est facile à poser lorsque chez un malade convalescent de dothiéntérie, on voit, quelques jours après la fin de la défervescence, la température monter à nouveau, osciller aux environs de 39° ou 40°, en même temps que se reproduisent quelques-uns des signes de la période d'état. Dans ces conditions, on pense le plus souvent à une rechute. L'évolution avec la constatation d'une courbe thermique évoluant en trois phases et que rien ne peut expliquer, la réapparition des signes majeurs de la fièvre typhoïde, vient confirmer ce diagnostic. La présence d'une hémoculture positive à cette période avancée de la maladie lève les doutes. On a vu, par contre, que celle du séro-diagnostic est de peu d'utilité et n'est pas suffisante.

Cependant, parfois, lorsque le début est marqué par une ascension thermique assez brusque, on pense plutôt à une complication, soit hépato-vésiculaire, soit broncho-pulmonaire, qu'à une rechute, et ce n'est qu'après un examen clinique complet, toutes les autres causes d'élévation thermique étant éliminées, qu'on pense à la rechute. Il faut d'ailleurs se rappeler que, bien que peu fréquent, ce début brusque est cependant classique et a été depuis longtemps signalé par les auteurs.

Par ailleurs, la rechute devra être différenciée des crises fébriles de la convalescence, si fréquentes chez les dothiéntériques et sur lesquelles de nombreux auteurs ont insisté : CHANTEMESSE et BOUVERET en particulier. Dès 1864, MICHEL écrivait : « Il est souvent difficile de distinguer et d'apprécier les mouvements fébriles sans cause connue, qui surviennent fréquemment dans la convalescence de la fièvre typhoïde. »

Ces crises fébriles sont ordinairement de courte durée, la température ne s'élève guère au-dessus de 38°5 le plus souvent ; cependant, on peut observer des ascensions passagères en clocher, qui atteignent 40° ; enfin et surtout, il est rare que la courbe présente ce trajet régulier suivant les stades classiques d'ascension, de plateau et de défervescence, tel qu'on le voit au cours des rechutes. On a plutôt affaire à une ligne ondulante. De plus, ces crises s'accompagnent souvent d'une parfaite intégrité de l'état général, sans diarrhée ni taches rosées. On se rappelle que pour OSLER, il faut au moins trois des grands signes de la fièvre typhoïde pour que l'on puisse parler de rechute.

Ces crises surviennent sous l'influence de causes minimes et variées : constipation en particulier ; la fatigue, le froid, suffiraient à les provoquer ; de même l'alimentation et en particulier la reprise de l'alimentation carnée. Il faut, en effet, rapprocher de ces crises fébriles de la convalescence, la *febris carnis*, fièvre d'alimentation des anciens auteurs.

On peut voir également survenir, chez les convalescents de fièvre typhoïde, des phénomènes d'entérite, avec mouvement fébrile ; le fait est loin d'être rare.

La rechute devra être distinguée de la recrudescence ; nous en avons discuté plus haut les différences. Dans la rechute, il n'y a pas eu d'interruption ; suivant la comparaison de CADET DE GASSICOURT, la fièvre typhoïde a évolué sans entracte. La défervescence s'ébauche à peine, et c'est pendant qu'elle s'effectue que la fièvre réapparaît. La maladie réalise alors une fièvre typhoïde de longue durée qui atteint 30 et 40 jours. La courbe thermique est irrégulière et présente soit une dépression vers son milieu, suivie d'une reprise, soit même plusieurs dépressions. Dans ces variétés de fièvre typhoïde avec recrudescence, il est quelquefois difficile d'interpréter les faits et, en présence d'une chute partielle de la température, on peut penser à une défervescence accidentelle due à un antithermique ou à une

complication telle qu'une hémorragie intestinale. Seul l'examen systématique du malade permet de ne pas commettre cette erreur. CHALIER et LEVRAT, à ce sujet, ont observé un cas où la reprise s'est effectuée sous la forme d'une septicémie, avec hémoculture positive. Ce fait s'apparente à une véritable rechute. Il est, pour les auteurs précédents, extrêmement rare.

Enfin, on peut voir survenir, dans la convalescence de la fièvre typhoïde, une ascension thermique plus ou moins brutale, traduisant l'apparition d'une affection intercurrente : tuberculose, paludisme. L'examen complet du malade et les méthodes de laboratoire permettront, dans ce cas, de faire le diagnostic.

Mais, où le diagnostic peut devenir très délicat, c'est lorsque le premier épisode de la dothiéntérie n'a pas été reconnu. Il faut alors faire un diagnostic rétrospectif de la première atteinte. Souvent l'aspect de la deuxième poussée est assez démonstratif pour que la coïncidence des deux maladies successives lève les doutes. Sinon, il faudra éliminer surtout les épisodes fébriles à rechutes : fièvre de Malte, fièvre récurrente, etc. Là encore l'hémoculture viendra trancher un diagnostic hésitant.

TRAITEMENT

Le traitement des rechutes de la fièvre typhoïde est rigoureusement identique à celui de la fièvre typhoïde elle-même. C'est là encore les mêmes règles d'hygiène générale, d'alimentation, de balnéothérapie et d'hydrothérapie.

Trois points méritent cependant d'être discutés.

1° *LA VACCINOTHÉRAPIE.*

La vaccinothérapie, qui a fait ses preuves d'une façon éclatante, notamment au cours de la guerre de 1914-1918, comme méthode préventive à l'égard des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes, a fait l'objet également de travaux nombreux consacrés à l'étude de cette thérapeutique au cours de la période aiguë de ces infections.

Pour de nombreux auteurs, la vaccinothérapie a été préconisée comme le traitement de choix des rechutes. L'administration de petites doses de vaccin pourrait renforcer l'immunité défaillante ou non suffisante créée par la première atteinte.

Déjà, en 1913, P. EMILE-WEIL estime qu'en présence d'une rechute chez un malade non traité par la vaccinothérapie, lors de la première atteinte, cette méthode thérapeutique devra être employée, mais avec une extrême prudence. Cet auteur a, dans un cas analogue chez l'enfant, observé une réaction thermique violente avec phénomène de collapsus.

A la même époque, les recherches exposées par MM. THIROLOIX, NETTER et SACQUEPÉE, VARIOT, concluaient toutes en faveur de la méthode.

VIGOT, en 1923, insiste sur le traitement par le vaccin des rechutes et sur l'intérêt qu'il y a à ne pas rejeter les traitements tardifs.

CLAISSE et LOUET, en 1924, ont rapporté des faits intéressants pour le traitement des rechutes dont la durée et l'intensité ont nettement semblé influencées par l'injection vaccinale.

Plus récemment encore, le professeur Charles COHEN, de Bruxelles, dans un mémoire sur le *Traitement vaccinothérapique des rechutes et complications de la fièvre typhoïde*, paru en juillet 1931, préconise ce traitement. Après avoir rappelé que, dès 1919, il avait rapporté l'observation d'un enfant qui, au cours d'une rechute grave de fièvre typhoïde accompagnée d'une température très élevée, vit s'améliorer rapidement la température et l'état général après administration du vaccin ; il rapporte cinq observations nouvelles d'enfants ayant fait une rechute de fièvre typhoïde favorablement influencée par la méthode vaccinothérapique, et il conclut « que le traitement vaccinal des rechutes et des complications de la fièvre typhoïde constitue le triomphe de la vaccinothérapie ».

Cependant, en 1928, dans leur observation précédemment relatée, MM. FIESSINGER et CATTAN ont employé cette thérapeutique qui n'eut aucune influence sur la rechute.

En fait, la plupart des rechutes de la fièvre typhoïde guérissant spontanément, il est difficile de se faire une opinion et tout récemment le professeur Nobécourt disait dans sa leçon clinique sur *les Fièvres typhoïdes à rechutes chez les enfants* : « Je ne pense pas, pour ma part, que cette thérapeutique soit utile et efficace ».

L'un de nos malades a reçu du vaccin, les autres ont été traités de façon purement symptomatique. La guérison a été observée dans tous les cas.

II. — LE DRAINAGE OU L'ABLATION DES FOYERS.

DAHLER, en 1907 (*Münch Med Woch*, 16 avril), avait proposé pour guérir les porteurs de bacilles typhiques d'ouvrir

et de drainer les voies biliaires. Récemment, FÈVRE et LIÈGE ont, à propos d'une cholécystite éberthienne, repris cette indication.

FIESSINGER et CATTAN ont proposé de remplacer cette intervention assez dangereuse par un simple tubage duodéal. Chez un de leurs malades les deux tubages successifs ont été suivis d'une défervescence rapide pour le premier, d'une guérison définitive pour le second. Cependant, dans d'autres circonstances leurs résultats ont été moins probants. Il s'agit donc d'une méthode discutable, mais qui semble pouvoir donner de bons résultats dans les cas où la vésicule paraît être intéressée et constitue le principal foyer d'enkystement.

III. — LE SÉRUM DE RODET.

A l'occasion de l'observation d'une reprise avec septicémie signalée par CHALIER et LEVRAT, les auteurs ont traité leur malade par le sérum de Rodet. Celui-ci s'est montré très actif et a permis de faire disparaître rapidement les frissons et la température. Pour RODET, le sérum antitoxique serait particulièrement indiqué dans les rechutes et il serait souhaitable qu'on l'applique le plus tôt possible. Les rechutes seraient, pour cet auteur, très rares quand le traitement sérique a été effectué pendant la première atteinte et très près de son début. C'est ainsi qu'il n'a observé aucune rechute sur 84 cas traités avant le 6^e jour de l'affection. Par contre, il note 24 rechutes dans les cas traités tardivement. Il a constaté un seul décès ; il s'agissait d'un malade chez qui, lors de la première atteinte, le traitement avait été fait très tardivement et où pendant la rechute on n'avait pas renouvelé la sérothérapie.

Par contre, toutes les rechutes survenant chez les typhiques non traités et où l'on a pratiqué la sérothérapie pendant la seconde atteinte, ont guéri.

Les accidents d'anaphylaxie ne sont d'ailleurs pas à craindre. En donnant le sérum dès que la rechute se dessine, on aurait des chances de la faire avorter, sauf dans les cas où il s'agit de paratyphoïde ou d'infections surajoutées (BONNET et RODET).

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I

DENISE B..., âgée de 7 ans et 3 mois.

Il s'agit d'une enfant née le 31 mai 1924, jusque-là bien portante.

Elle habite Lagny, en Seine-et-Marne, où Pon a observé des cas de fièvre typhoïde à l'époque où elle est tombée malade.

Elle entre à l'hôpital le 12 octobre 1931 pour rechute de fièvre typhoïde.

L'histoire de la première poussée, qui s'est passée en dehors de l'hôpital, peut se résumer, d'après les renseignements reçus, de la façon suivante.

1° Début brusque le 25 septembre.

Le soir, au moment de se mettre à table, l'enfant ne se sent pas bien. On la couche, on lui prend sa température, elle est de 39°. Le lendemain, la fièvre persiste, elle est de 39°8 le matin, de 40°3 le soir. L'enfant est courbaturée. Elle se plaint de douleurs articulaires prédominant au niveau des genoux. Elle n'a pas vomé, n'a pas de céphalée. Elle est un peu constipée, les selles étant peu nombreuses et dures. Le 27, la température oscille, tombe le soir à 37°6 pour remonter le lendemain à 40°4, ce fléchissement brusque coïncidant avec un épistaxis; il est apparu un peu de diarrhée.

Le 29 au soir, la température tombe à 39°4, puis à 38°4 le lendemain matin. Elle va continuer à descendre par échelons progressifs. Le 4 octobre, elle est à 37°1, 37°3. Pendant cinq jours, elle va décrire de légères oscillations au voisinage de la normale, à 37°

le matin, elle atteint souvent 37°8, 38° le soir. *Il est donc impossible de parler d'apyrexie absolue à cette époque si ce n'est dans la journée du 8 octobre où elle est à 37°1, matin et soir.*

2° Le 9 octobre, 15^e jour de la maladie.

La température remonte brusquement à 38° le soir, elle atteint 40° le lendemain matin, 40°7 le soir. En même temps, apparaissent des douleurs abdominales. L'enfant, qui jusque-là avait été calme, peu somnolente, devient plus prostrée et se met à délirer. La diarrhée, quoique légère, persiste.

La température persistant aux environs de 40°5, on envoie l'enfant à l'hôpital.

Cette première atteinte légère a donc duré 10 jours, suivis de 4 jours d'apyrexie relative, puis d'une rechute.

3° La rechute va être beaucoup plus longue.

Le 12 octobre, au troisième jour, quand on examine l'enfant, on se trouve en présence d'une fillette de 7 ans et 3 mois, dont l'état semble sérieux.

La température se maintient en plateau au voisinage de 40°; elle est, le jour de son entrée, de 40°7 le matin, et 39°8 le soir. On note un état typhique bien caractérisé, l'enfant est prostrée, couchée en chien de fusil, répond mal aux questions et semble très fatiguée.

Il n'y a pas de dyspnée, la respiration est calme.

L'état digestif est troublé, la diarrhée persiste. Les lèvres sont fuligineuses, fissurées et saignantes. La langue est rouge vif à la pointe et sur ses bords, sèche et blanchâtre à la base.

Sur le tronc, il existe une desquamation intense, intéressant uniquement le thorax, respectant les extrémités et qu'on attribue à un érythème infectieux scarlatiniforme.

Sur les flancs et l'abdomen, on trouve deux à trois petites taches faisant penser à des taches rosées, mais dont l'aspect est peu caractéristique.

L'abdomen est météorisé, indolent. Le foie est normal, la rate, difficile à percuter, en raison du météorisme, paraît pourtant hypertrophiée.

Au niveau du poumon existent des râles de bronchite, surtout nets à droite.

Le cœur a un volume normal, ses bruits sont bien frappés. On compte 135 pulsations à la minute. La tension artérielle, prise au Vaquez, est de 8,5, 5,5.

On constate une légère raideur de la nuque et un léger kernig, mais les réflexes sont normaux.

Les urines sont rares, foncées. Elles contiennent de l'albumine en assez grande quantité : plusieurs grammes, des leucocytes en amas. Il n'y a pas de cylindres, pas d'hématies; la réaction de Mayer est négative.

La cuti-réaction à la tuberculine est négative; répétée à plusieurs reprises, pendant le séjour de l'enfant à l'hôpital, elle le sera toujours.

Le diagnostic clinique est celui de fièvre typhoïde.

Le 13 octobre, cinquième jour de la rechute, on pratique une *hémoculture* qui reste négative, mais un *séro-diagnostic* fait le même jour se montre positif au 1/200^e pour le bacille d'Eberth, négatif pour les bacilles paratyphiques A et B. Six jours après, une nouvelle hémoculture donne des bacilles d'Eberth.

Il s'agit donc bien d'une fièvre typhoïde, mais on pourrait se demander, étant donné la desquamation

et la présence d'albumine dans les urines, si le premier épisode fébrile n'a pas été une scarlatine méconnue. Cela paraît peu probable étant donné les modalités de la desquamation. La première période de fièvre est vraisemblablement une fièvre typhoïde, à laquelle est due l'agglutination du bacille d'Eberth à 1/200°. Il s'agit donc d'une rechute.

4° L'évolution de cette rechute s'effectue normalement.

La température va se maintenir en plateau autour de 39°, pendant une vingtaine de jours.

L'état de tuphos est un peu plus marqué qu'au début et il existe un peu de délire. Cependant, ces troubles sont de peu de durée et, le 21 octobre, l'enfant est déjà plus éveillée, répondant aux questions, moins agitée; la langue est plus humide. Il y a deux selles normales. La tension artérielle est remontée à 10 1/2, 7 1/2. Le pouls est bien frappé, tendant à se ralentir; à 136 le 21, il est à 116 le lendemain. La desquamation constatée au début a disparu. Le ventre est moins ballonné, la nuque est moins raide. Il y a donc une amélioration nette.

Cependant, le 27 octobre, le pouls subit une accélération à 160 pulsations à la minute et on est obligé de faire une injection d'ouabaïne intra-veineuse. L'enfant est redevenue somnolente, indifférente, abattue. D'autre part, on note l'apparition d'abcès au niveau du bras droit et de la cuisse droite, le pus contenant du staphylocoque. Cette recrudescence des signes incite à faire pratiquer le 28 octobre 0,25 cc. de vaccin T. A. B. de l'Institut Pasteur, laquelle injection n'est suivie d'aucune réaction.

Le 30 octobre, il y a une légère amélioration, le pouls se ralentit à 135.

Le 31 octobre, on pratique une injection de 0,50 cc. de vaccin T. A. B.; aucune réaction. L'abcès de la cuisse gauche est incisé et montre l'existence d'un pus jaunâtre, mal lié. Celui de la cuisse droite s'ouvre spontanément et coule abondamment.

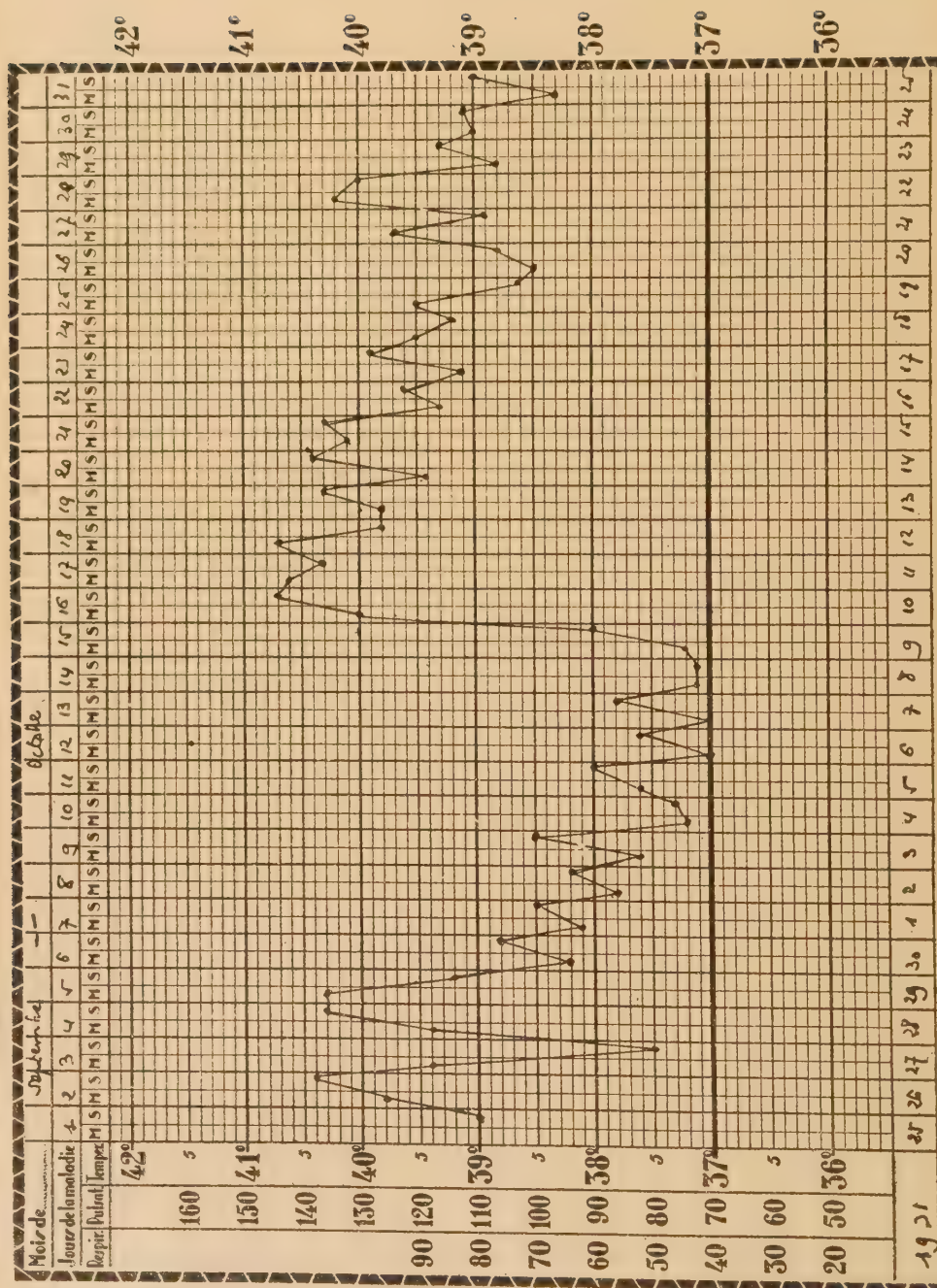
Cependant l'amélioration progresse, le tymphos diminue; la température baisse un peu, les abcès de la cuisse vont mieux et se drainent bien. Le 3 novembre, une troisième injection de vaccin T. A. B. a été pratiquée, de 0,75 cc. sans réaction.

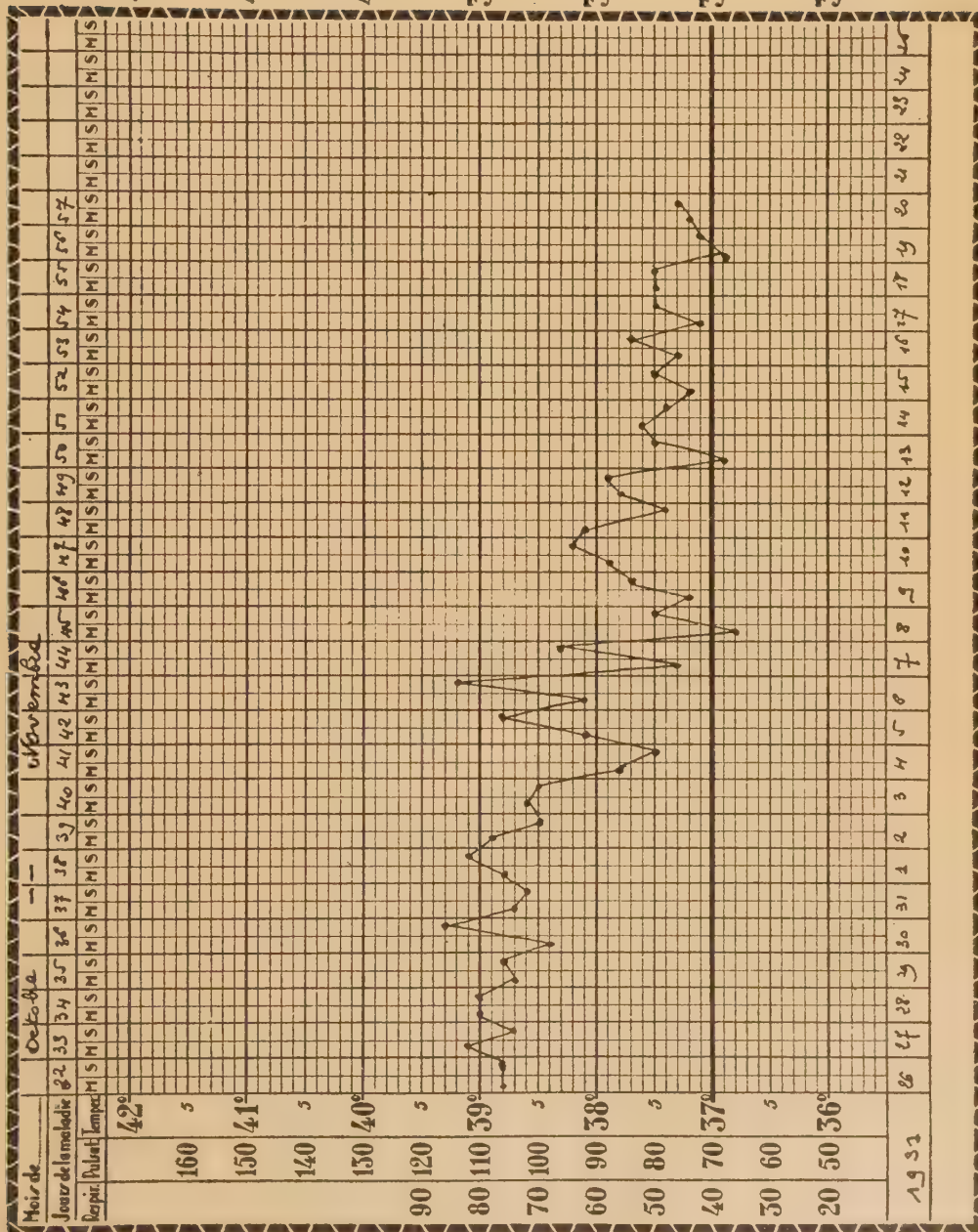
Le 10 novembre, la température atteint 37°. Elle ne sera cependant étale qu'à partir du 13 novembre. L'appétit est revenu, les selles sont normales, les abcès se ferment lentement. Le pouls reste à 130.

Le 20 novembre, on peut considérer l'enfant comme guérie.

La maladie aura duré en tout 57 jours, dont 13 pour la première atteinte et, après un seul jour d'apyrexie, une rechute qui a duré 43 jours.

La rechute a été assez sévère, après une première phase légère et de courte durée.





OBSERVATION N° II

HÉLÈNE K., âgée de 11 ans et 5 mois.

Il s'agit d'une enfant née le 18 avril 1913. Elle entre dans le service le 17 septembre 1924, pour fièvre et douleurs abdominales, survenues depuis une dizaine de jours chez cette enfant, jusque-là bien portante.

Le début de la maladie semble, en effet, remonter au 8 septembre. A cette date, sans raison apparente, elle se sent fatiguée, perd l'appétit, se plaint de céphalée et s'alite. Le 11, elle est vue par un médecin qui ne pose aucun diagnostic précis. Le 15, elle est de nouveau examinée. Elle se plaint surtout de douleurs abdominales qui prédominent au niveau de la fosse iliaque droite. L'enfant est somnolente, mais dort mal la nuit. Elle est très lasse et très fatiguée. Elle a mouché un peu de sang. Depuis 24 heures, elle présente de la diarrhée succédant à de la constipation. Les urines sont devenues rares et foncées; enfin, la température s'est élevée graduellement à 40°.

C'est donc au dixième jour de la maladie qu'on est amené à voir l'enfant.

On se trouve en présence d'une enfant paraissant amaigrie. L'examen va montrer un ensemble symptomatologique, qui évoque d'emblée l'idée de fièvre typhoïde. La somnolence et la lassitude persistent. L'enfant apparaît un peu prostrée, quoique répondant assez bien aux questions.

La température est élevée à 40°2 le soir de son entrée. Le pouls est rapide à 116, hypertendu, régulier, bien frappé, non dicrote. La tension artérielle est à 12-7 1/2.

Il y a des troubles digestifs. L'enfant a vomi la veille. La langue est sèche et blanchâtre, rouge à la

pointe et sur les bords. Les gencives sont recouvertes d'un enduit blanchâtre. Le pharynx est rouge.

L'abdomen est météorisé, douloureux à la palpation, surtout au niveau de la fosse iliaque droite. Il n'y a pas de gargouillement à ce niveau. Le foie est de volume normal. La rate non palpable, mais percutable sur huit centimètres. On décèle des taches rosées qui commencent à apparaître sur l'abdomen et le thorax; elles sont peu nombreuses.

Au niveau de l'appareil respiratoire, on trouve une submatité légère de la base gauche, sans bruits adventices.

A l'auscultation du cœur, bruits normaux et bien frappés.

La fillette se plaint de douleurs dans les jambes. Elle se défend quand on veut étendre celles-ci complètement, ou quand on effectue la recherche du signe de Kernig. La pression des masses musculaires des mollets est très douloureuse.

Les urines sont rares, foncées, ne contenant ni sucre, ni albumine. La diazoréaction d'Erlich est faiblement positive.

Le diagnostic clinique est donc celui de fièvre typhoïde, le laboratoire le confirme, l'hémoculture se montre faiblement positive. Le séro-diagnostic fait à la même date est positif au 1/100^e pour le bacille d'Eberth.

L'évolution de cette typhoïde va se poursuivre ainsi pendant une dizaine de jours. Pendant toute cette période, la fièvre oscille entre 39° et 40°, atteignant à plusieurs reprises 40°5. Le 26 septembre, elle est tombée le matin sans raison apparente à 37°5, pour remonter le soir à 40°.

La prostration, voire le délire calme, restent inchangés.

Le ventre est toujours sensible, sans qu'il y ait d'hémorragies intestinales. La fosse iliaque droite est particulièrement douloureuse à la palpation et se contracte à l'examen. Le 21 septembre, il y a eu des douleurs abdominales tellement vives qu'on a pu redouter une perforation, mais ces signes alarmants furent de peu de durée. La diarrhée a disparu pour faire place à une constipation assez marquée.

Le pouls qui, le 29 septembre, était à 120, régulier, mais petit et mal frappé, est le 25 à 108 et paraît mieux frappé et plus soutenu.

Les urines sont rares et ne dépassent pas 500 cc. L'albumine y est apparue de façon tout à fait transitoire le 27 et n'a existé qu'à l'état de traces.

Cependant, *les signes douloureux prédominent*. Il existe, en effet, au niveau des membres inférieurs des douleurs très vives qui sont exagérées par la pression des masses musculaires. On retrouve les points douloureux classiques, en particulier le point péronier. La malade se tient en chien de fusil. La recherche du signe de Kernig est douloureuse, de même que la manœuvre de Lassèque. Il existe même une hyperesthésie marquée au niveau des membres inférieurs. Les réflexes rotuliens et achilléens sont cependant normaux. On pense à des phénomènes de névrite. Une ponction lombaire est pratiquée, qui montre l'existence d'un liquide clair, non hypertendu, dont la formule est la suivante : albumine : 0,18; sucre : 0,68; leucocyte : 1,6; rares lymphocytes.

La malade tousse un peu et l'auscultation décèle quelques râles de bronchite.

Enfin, il faut noter les signes menaçants d'une escarre sacrée, qui heureusement vont aller en régressant.

Le 27 septembre, la défervescence s'ébauche. La température tombe à 38° le matin. La malade semble moins abattue. L'abdomen, toujours douloureux, devient cependant plus souple. Les urines augmentent de volume pour atteindre un litre; on y retrouve des traces d'albumine.

La défervescence devient nette à dater du 30 septembre. La température baisse en lysis, ses oscillations devenant de moins en moins marquées. Elle est à 39° le 30 septembre, puis elle oscille pendant trois jours entre 37°5 et 38°. Puis, du 4 au 9 octobre, il va exister une *apyrexie* presque absolue, la température matinale est à 37° et ne descend jamais au-dessous, celle du soir est à 37°5, qu'elle ne dépasse guère.

Les urines présentent au début de la défervescence une crise polyurique à trois litres, puis diminuent de volume : un litre et demi; elles sont plus claires, l'albuminurie a disparu.

Le ventre est redevenu souple.

Les membres inférieurs sont plus lâches et se laissent mieux manœuvrer; cependant les masses musculaires restent douloureuses, quoique moins.

La tension artérielle est à 12/10 au Vaquez. La malade est toujours constipée. Cependant, le 5 et le 6 octobre, les bruits du cœur s'assourdissent un peu et on discute la possibilité d'un bruit de galop, la tension artérielle baisse un peu à 10/7 1/2 et on est obligé de recommencer les injections d'extraît surrénal qui avaient été supprimées.

On maintient la malade au lait. On commence le 4 octobre à lui donner une bouillie légère. Le 7 octo-

bre on y ajoute une purée, du jus de raisin, un peu de miel.

L'enfant a beaucoup maigri. Elle pesait à son entrée 29 kilos, elle ne pèse plus que 26 kg. 200.

La guérison semblait donc en bonne voie, lorsque le 10 octobre il se produit :

Une rechute.

La température qui était à 37°5 le matin, monte à 38°8 le soir, se maintient pendant 24 heures à ce niveau et grimpe à 40° le 12 au matin.

L'enfant est redevenue grognon. Elle est couchée en chien de fusil. Cependant, l'abdomen est souple, la fosse iliaque droite est sensible. On note *l'apparition de nouvelles taches rosées*.

Les bruits du cœur sont toujours bien frappés.

La tension artérielle est de 10-7 1/2. Le pouls à 100, petit, nettement dissocié d'avec la température. La gorge est un peu rouge et douloureuse.

Les urines se raréfient.

L'évolution de cette fièvre typhoïde se fait normalement.

Pendant une dizaine de jours, la température oscil-
lera entre 38°5 et 39°5.

Elle est caractérisée comme dans la première atteinte par la prédominance des phénomènes douloureux, au niveau des membres inférieurs.

La splénomégalie est toujours modérée, mais n'a pas régressé.

Il n'y a pas d'atteinte cardiaque, le pouls est bien frappé.

Il existe une constipation opiniâtre, mais les selles émises après suppositoires sont dures.

Le 19 octobre, la température commence à descendre. La défervescence se fait en lysis; le 24 octobre, elle est redevenue normale et le reste désormais. L'enfant sort peu à peu de sa torpeur, elle éprouve une sensation de bien-être. La tension artérielle baisse un peu, à 9 1/2-6 1/2 le 20 octobre, cependant les bruits du cœur sont bien frappés, le pouls est à 96.

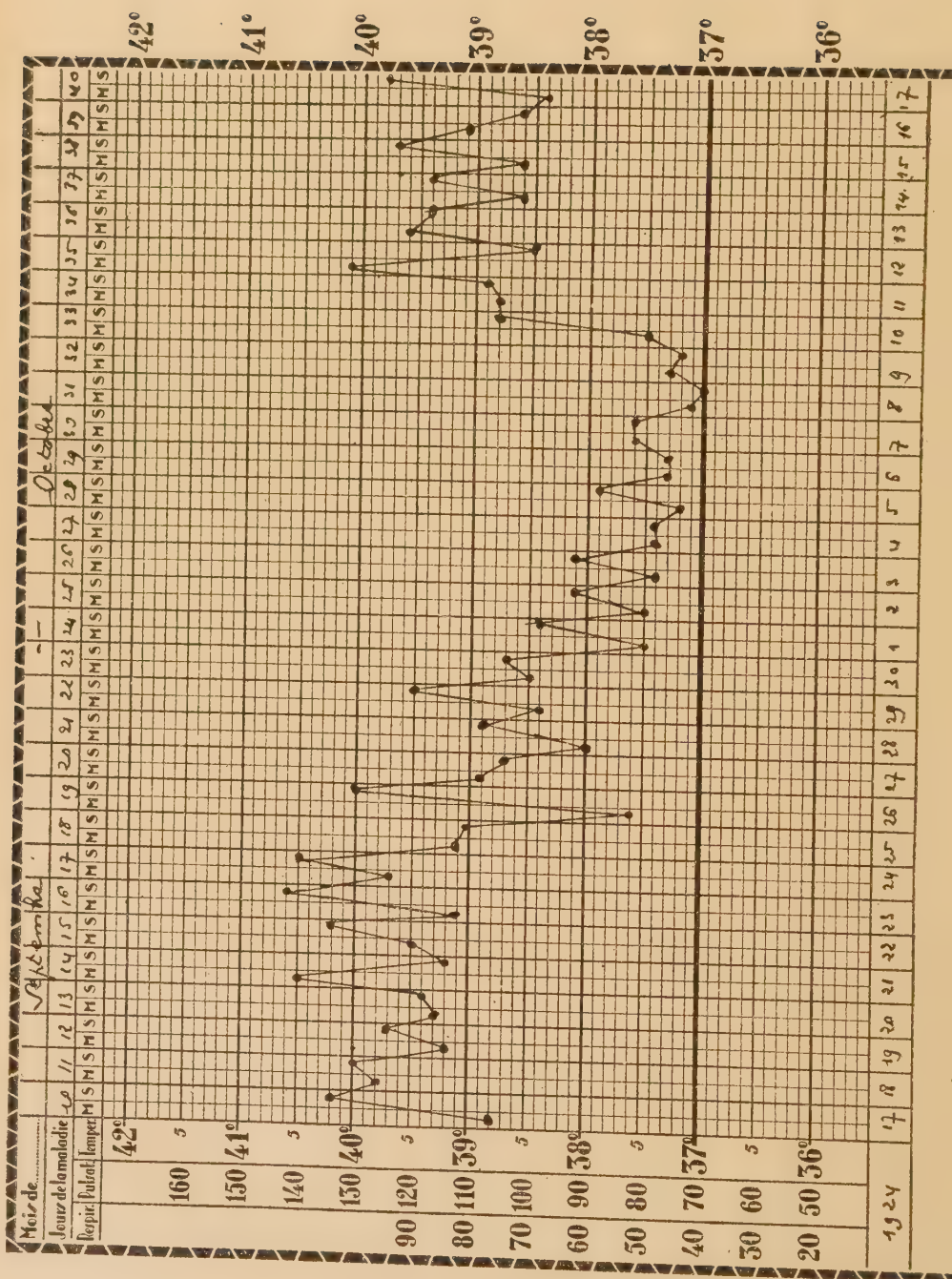
L'enfant a faim et on la remet peu à peu au régime normal. Cependant, elle continue à maigrir, et son poids tombe jusqu'à 25 kg. 150. Ce n'est que tardivement qu'elle reprend des forces.

Elle sort complètement guérie de l'hôpital le 24 novembre, pesant 28 kg. 700.

En résumé, il s'agit d'une fièvre typhoïde dont la première atteinte a été sévère qui, après une période d'apyrexie, fait une rechute d'intensité moyenne.

La maladie a duré 47 jours, dont 26 pour la première phase et, après 6 jours d'apyrexie, une rechute durant 15 jours.

116. *Helena* A.



[illegible]

OBSERVATION N° III

LOUISE G..., âgée de 14 ans et 9 mois.

La petite malade entre aux Enfants-Malades le 28 novembre 1931, avec le diagnostic de *fièvre typhoïde*, évoluant depuis 15 jours environ. En effet, c'est vers le 13 octobre que se situe le début apparent de la maladie. L'enfant, jusque-là bien portante, se sentit fatiguée sans raisons apparentes, devint triste et cessa de jouer. Elle perdit l'appétit. La température s'élève graduellement à 38°5, 39°5, 40°; elle va dès lors se maintenir en plateau à ce niveau, restant aussi élevée le matin que le soir. Deux jours avant son entrée, l'enfant présente de la diarrhée avec des selles très fréquentes, abondantes, liquides, jaune brunâtre, d'odeur très fétide. Il existe, en plus de la céphalée, des douleurs abdominales. L'enfant tousse un peu, elle dort mal, mais par contre, dans la journée, elle est un peu somnolente et délire parfois.

Dans ses antécédents, on ne trouve rien de bien particulier, si ce n'est que l'enfant est sujette aux bronchites; un examen radiologique pratiqué voilà huit mois aurait décelé des lésions. L'enfant est partie de ce fait à la campagne pendant plusieurs mois. Sa mère, très fatiguée, est suspecte de lésions pulmonaires; le père réformé pour tuberculose pulmonaire, mais il a quitté la mère et l'enfant avec lesquelles il a perdu tout contact depuis trois ans

C'est donc le 28 novembre, au seizième jour de la maladie, qu'on examine l'enfant. On se trouve en présence d'une fillette paraissant notablement amaigrie, elle est assez abattue, quoique répondant bien aux questions, se plaint un peu de céphalée.

La température est élevée; le soir de son entrée, elle est à 40°; le lendemain, elle atteindra même 40°4. Le poulx, bien frappé, bat à 100, donc nettement dissocié d'avec la température, sans dicrotisme.

Les troubles digestifs sont évidents.

On remarque la présence sur les draps de taches jaunâtres, qui sont les témoins d'une diarrhée très abondante. La langue est blanche, sèche, rôtie. L'haleine un peu fétide, l'anorexie absolue.

L'abdomen est ballonné, mais sans qu'il existe de météorisme net. Il n'est pas douloureux à la palpation qui ne révèle aucun gargouillement dans la fosse iliaque droite.

La rate n'est pas palpable, mais percutable sur deux travers de doigts.

Le foie déborde un peu le rebord costal.

On ne trouve pas de taches rosées, si ce n'est deux petites taches dans la région dorso-lombaire et dont les caractères sont très discutables.

Les bruits du cœur sont réguliers et assez bien frappés. La tension artérielle est basse : à 8 1/2, 3 1/2.

L'auscultation des poumons montre l'existence de râles de bronchite qui prédominent à la base droite.

Les urines sont peu abondantes, ne dépassant pas 500 cc. par 24 heures et contiennent de légères traces d'albumine; on constate en plus une réaction de Fehling fortement positive.

Réexaminée le 3 décembre, cinq jours après son entrée, l'état général est toujours aussi touché, la fièvre oscille entre 39°5 et 40°; l'enfant est dans un état d'abattement très marqué, elle est somnolente et répond mal aux questions. Elle est très amaigrie, sa langue est rôtie, la diarrhée persiste, la rate est maintenant percutable sur 9 centimètres en hauteur et 5

centimètres en largeur. Les bruits du cœur sont bien frappés, la respiration est fréquente à 44 par minute. Le poulx bat à 108.

L'examen des urines montre toujours l'existence d'une glycosurie importante, qui oscille entre 1 et 7 grammes par jour. Le 30 novembre, il y en avait 7 gr. 66 par litre, 1 gramme le premier décembre, 1 gr. 28 le 2 décembre. Il n'y a pas d'hyperglycémie, le dosage du sucre dans le sang ne dépassant pas 1 gr. 20 par litre. Par contre, on trouve dans les urines de l'acétone et de l'acide diacétique en très grande quantité. D'ailleurs, en interrogeant la mère, on apprend que l'enfant avait toujours soif, réclamait toujours à boire, même après les repas; il ne semble pas qu'il y ait eu polyurie. Depuis deux mois environ, cette polydipsie avait augmenté, l'enfant avait maigri notablement, changeait beaucoup. L'un de ses grands-pères serait diabétique. Devant l'existence de ces signes de diabète discutable, on prescrit 20 unités d'insuline quotidiennes, qui sont répétées dix jours de suite.

Enfin, le 30 novembre on fait une hémoculture qui est positive, montrant la présence du bacille d'Eberth; un séro-diagnostic, qui est positif au 1/200^e pour le bacille d'Eberth, négatif pour les bacilles paratyphiques A et B.

L'évolution de cette fièvre typhoïde, d'intensité assez marquée, va se poursuivre cependant de façon régulière jusqu'au 9 décembre. Sous l'influence du traitement ordinaire (régime, toni-cardiaques, extrait surrénal, etc.), l'état général s'améliore. Cependant, le **11 décembre**, l'enfant est encore un peu agitée et présente un peu de délire, elle dort mal, elle présente une escarre sacrée, elle a du sang dans les selles. Mais

le lendemain, elle est déjà moins abattue, elle répond bien aux questions, s'intéresse à son entourage. La température qui, jusque-là, était restée en plateau, ne descendant pas au-dessous de 39°, va commencer à esquisser de larges oscillations et les maxima vespéraux commencent à diminuer pour atteindre successivement 39° le 11 et le 12 décembre, 38° le 13 décembre. La diarrhée a cessé, les selles deviennent mouillées. Le ventre est moins ballonné, l'escarre a meilleur aspect, et est en voie de cicatrisation. Les urines, enfin, ne contiennent plus que des traces de sucre; l'acétone, par contre, a complètement disparu. La tension artérielle a remonté, elle est à 9-5 1/2.

Peu à peu on peut espérer l'évolution vers la guérison. Le 17 décembre, la température vespérale ne dépasse pas 37°8; le 18, la malade est complètement apyrétique.

Cependant, cette période de convalescence qui va se poursuivre du 18 au 23 décembre, ne s'accompagne pas d'une sédation absolue de tous les signes. Les selles sont encore irrégulières et par intermittence diarrhéiques. La polyurie n'est pas apparue et le taux des urines reste bas. L'enfant se réalimente progressivement.

Le 24 décembre, sans raisons apparentes, on assiste à une *rechute*. La température s'élève progressivement et atteint par échelons successifs 40° le 27 décembre. L'enfant est à nouveau somnolente. La région de l'hypocondre droite est douloureuse, la diarrhée persiste.

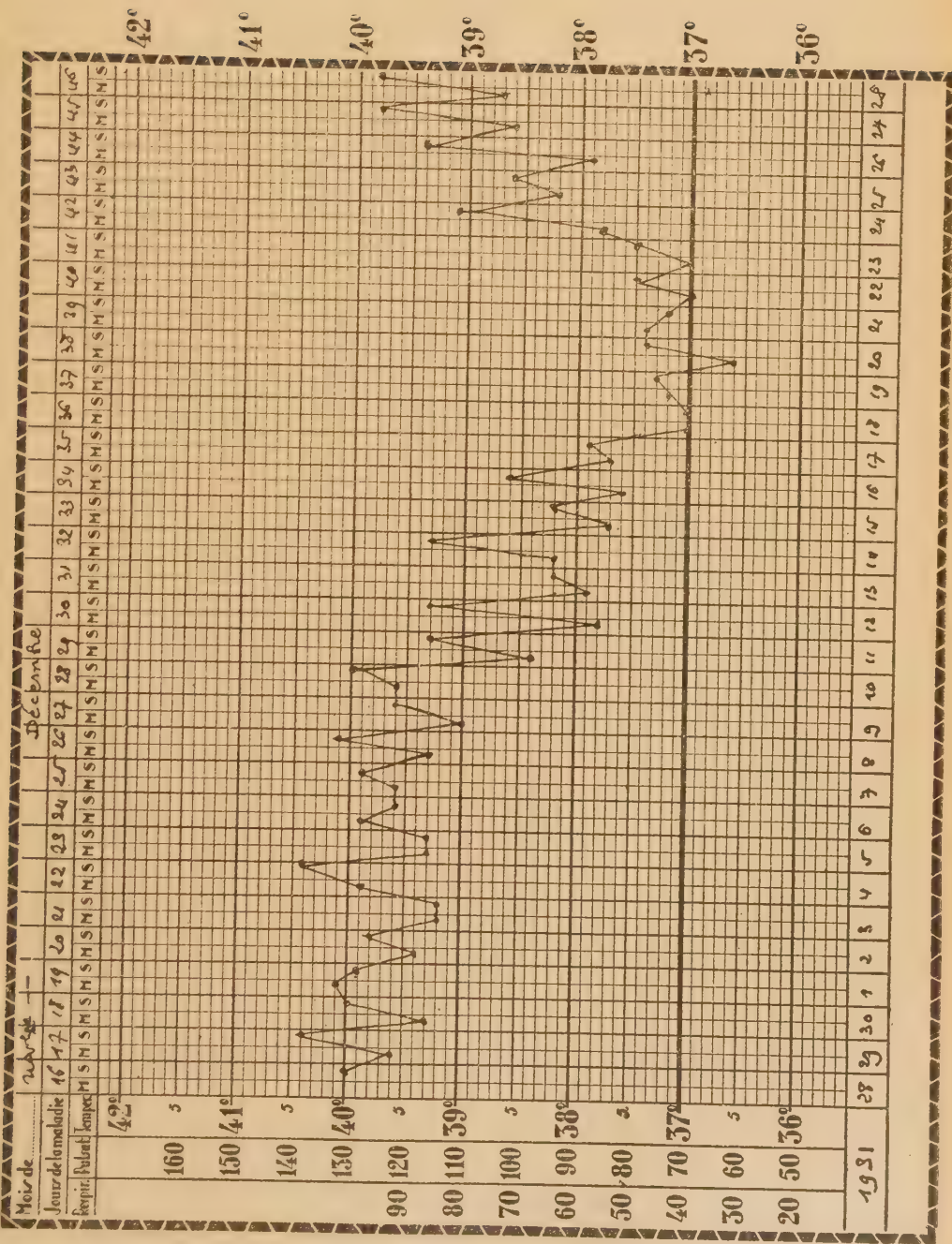
Pendant une dizaine de jours, la température va esquisser de grandes oscillations, tombant à 37° le matin, pour atteindre 39°8 le soir. L'enfant se plaint toujours de la région vésiculaire, l'examen montre

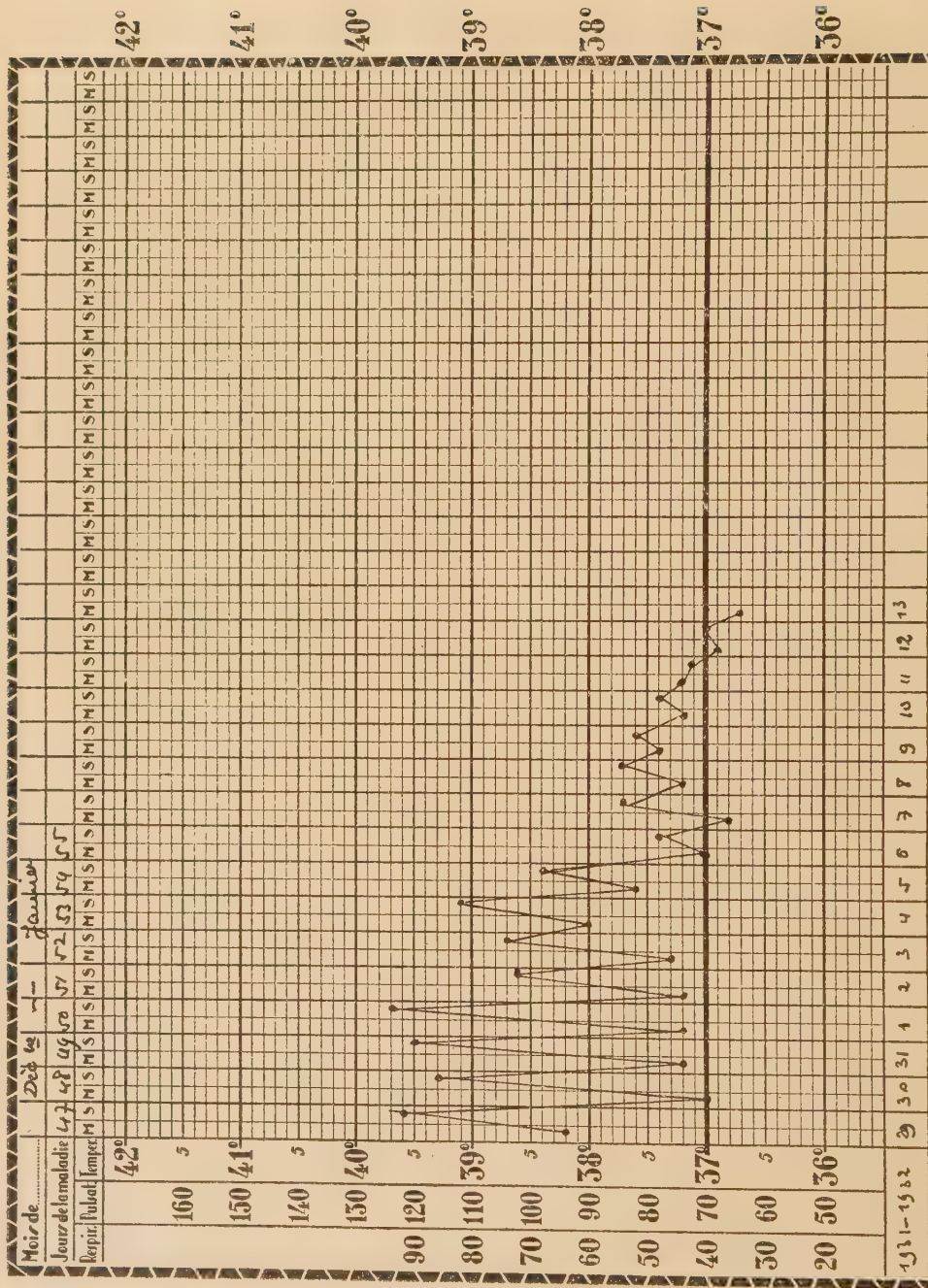
dans cette région, en effet, une légère défense musculaire et réveille une douleur nette. L'état général, bien qu'assez touché (sommolence, prostration, langue sèche et dépouillée) l'est cependant moins que lors de la première atteinte. Le 1^{er} janvier, les selles redeviennent normales. Le 5, la température baisse, et le lendemain elle atteint 37° et va désormais rester à ce niveau. Il n'y a plus trace de sucre dans les urines.

La convalescence s'établit cette fois d'une façon normale, l'enfant se réalimente, prend du poids et, bien que ses urines restent encore peu abondantes, on peut la considérer comme guérie. Elle quittera l'hôpital le 12 février.

En résumé, il s'agit donc d'une fièvre typhoïde de sévérité assez marquée, qui s'est manifestée sous forme de deux atteintes successives. La première, qui a été de beaucoup la plus sérieuse, a duré 35 jours, elle a été suivie d'une période d'apyrexie absolue de six jours, puis d'une rechute dont la durée totale a été de treize jours. Lors de la première atteinte est apparue une légère glycosurie avec acétonurie qui a pu faire penser à la possibilité d'un diabète; en réalité, il ne semble s'être agi que d'une insuffisance hépatique passagère (glycémie peu élevée); d'ailleurs, ces signes n'ont eu qu'une évolution purement passagère et ont disparu complètement.

Au total, la maladie a duré 54 jours.





OBSERVATION N° IV

JEANNE C..., née le 9 juin 1930.

L'enfant, âgée de 4 ans et demi, entre dans le service le 22 novembre 1934, pour une affection fébrile datant d'une dizaine de jours.

Le début de la maladie est assez imprécis; l'enfant était en nourrice, bien portante jusque-là, lorsque le 11 novembre, sa mère étant allée la voir, la trouve un peu fatiguée. Les jours suivants, la fatigue s'accroît, l'enfant perd l'appétit. Dans la nuit du 14 au 15 novembre, brusquement, l'enfant délire, elle crie, elle a des hallucinations, de la zoopsie. Elle est secouée par de violents frissons, claque des dents, les extrémités sont refroidies. Le lendemain matin, la température est à 39°5, le soir elle est à 40°, et se maintient en plateau à ce niveau, même au-dessus. Le délire diminue un peu, mais persiste pendant plus de deux jours, avec agitation. L'enfant est gémissante, pleurant quand on la touche, elle se défend, retombant après dans la somnolence.

Elle ne se plaint d'aucune douleur précise, n'a pas de vomissements, parfois est secouée d'une toux sèche.

Un médecin appelé, pense à une pneumonie et envoie l'enfant à l'hôpital.

On ne relève rien de spécial dans ses *antécédents*, si ce n'est que c'est une enfant très nerveuse. La mère a eu une coxalgie à l'âge de 14 ans et fut plâtrée durant trois ans et demi.

C'est le 23 novembre qu'on examine l'enfant.

Elle apparaît un peu grognon, hostile à tout examen, elle gémit, se plaint sans cependant pouvoir préciser où elle souffre, elle se défend à l'examen.

La température est élevée à 39° le matin, elle monte le soir à 40°.

Le pouls bat à 120, assez régulier.

Il y a 36 respirations à la minute. L'enfant tousse.

Il y a de légers troubles digestifs. La langue est sale, sèche, la gorge un peu rouge. Il existe une à deux selles quotidiennes diarrhéiques.

L'abdomen n'est pas météorisé, il est souple, indolent à la palpation; celle-ci réveille cependant un léger gargouillement au niveau de la fosse iliaque droite.

La rate est percutable sur trois travers de doigt et à la palpation la main accroche son bord antérieur.

Le foie est de volume normal.

On ne décèle aucune tache rosée caractéristique.

Il existe une raie méningitique, mais l'examen du système nerveux ne montre aucune contracture, cependant l'enfant se défend et gémit à toute manœuvre.

Les bruits du cœur sont réguliers, bien frappés. La tension artérielle est de 7-5/5.

On ausculte les poumons et on ne trouve rien d'anormal; le lendemain, on descend l'enfant à la radio : les poumons paraissent normaux, il n'y a pas de pneumonie.

Les urines sont à 500 cc., un peu foncées, contenant des traces d'albumine.

La cuti-réaction est négative.

On fait une hémoculture, elle se montre positive et donne du bacille d'Eberth.

Il s'agit donc d'une fièvre typhoïde assez atypique à vrai dire, car à début brutal, oligosymptomatique, caractérisée surtout par des réactions violentes de l'en-

fant. Le diagnostic n'en est fait que par l'hémoculture.

L'affection va continuer à évoluer pendant une dizaine de jours. La température reste élevée entre 39° et 40°. Le pouls bat à 128, donc il n'y a pas de dissociation du pouls et de la température. L'enfant paraît moins hostile, tout en restant grognon et pleurarde. Elle tousse et on décèle quelques râles de bronchite aux bases pulmonaires.

Le 28, une paracentèse bilatérale ne ramène que du sang.

Le 29, on fait un séro-diagnostic. Il se montre positif pour le bacille d'Eberth au 1/200°, il agglutine le bacille para B., au 1/50° seulement; il est négatif pour le para A.

A partir du 2 décembre, la température commence à descendre en lysis, elle atteint ce jour-là 38°2, le lendemain elle est à 37°, le 4 elle remontera à 38°, mais est de nouveau à 37° le lendemain. Cependant, malgré cette défervescence, les signes de convalescence manquent : l'enfant est toujours un peu agitée, le pouls reste rapide, entre 110 et 120; les selles restent diarrhéiques. Surtout le 4 décembre, on note sur les flancs et sur l'abdomen l'apparition de taches rosées caractéristiques; au niveau des poumons, les râles de bronchite persistent. Le 3 décembre, on fait un nouveau séro-diagnostic qui montre une agglutination légère à l'Eberth au 1/100°, agglutination plus marquée au para B., au 1/200°.

Le 8 décembre, au vingt-quatrième jour de la maladie, la température remonte, sans raison apparente, à 38° le matin, elle atteint 39° le soir, 39°5 le lendemain. Elle va, dès lors, rester élevé, et plus ou moins oscillante, variant entre 38°3 et 40°, voire 40°5.

L'enfant, qui était un peu moins hostile, reprend

son allure antérieure, elle est grognon, maussade, elle tousse.

Les signes se précisent et s'accroissent.

Le ventre est un peu ballonné, cependant la diarrhée a disparu et est remplacée par une constipation légère.

La rate, qui semblait avoir rétrogradé, est à nouveau perçue, on recherche son pôle inférieur qui, s'il ne débord pas le rebord costal, semble dur.

Les taches rosées persistent.

On retrouve des signes de bronchite aux bases.

Le pouls est rapide à 110, il est le 15 décembre à 135, le 17 à 160, un peu irrégulier; le deuxième bruit du cœur apparaît assourdi à la base. On donne à l'enfant deux gouttes chaque jour de digitaline.

Les signes de réaction méningée sont très marqués, l'enfant se défend, pleure à tout examen, se contracte. On pratique une ponction lombaire, qui ne montre rien d'anormal (2 à 6 éléments au mmc. à la cellule de Nageotte; albumine: 0 gr. 10).

Une nouvelle paracentèse bilatérale ne ramène que du sang.

Enfin, le 10 décembre, une nouvelle hémoculture a montré la présence du bacille d'Eberth. L'hémoculture est donc positive le vingt-sixième jour de la maladie.

Les signes vont persister ainsi jusqu'au 19 décembre. Le 20, la température tombe le matin à 38°4 et va dès lors présenter de larges oscillations, passant en 36 heures de 40° à 37°, elle ne dépasse bientôt plus 38°5, pour se stabiliser à 37° le 30 décembre.

Cependant, les signes rétrocedent lentement. Les signes de réaction méningée s'atténuent, la raideur disparaît peu à peu. L'enfant est moins grognon, la

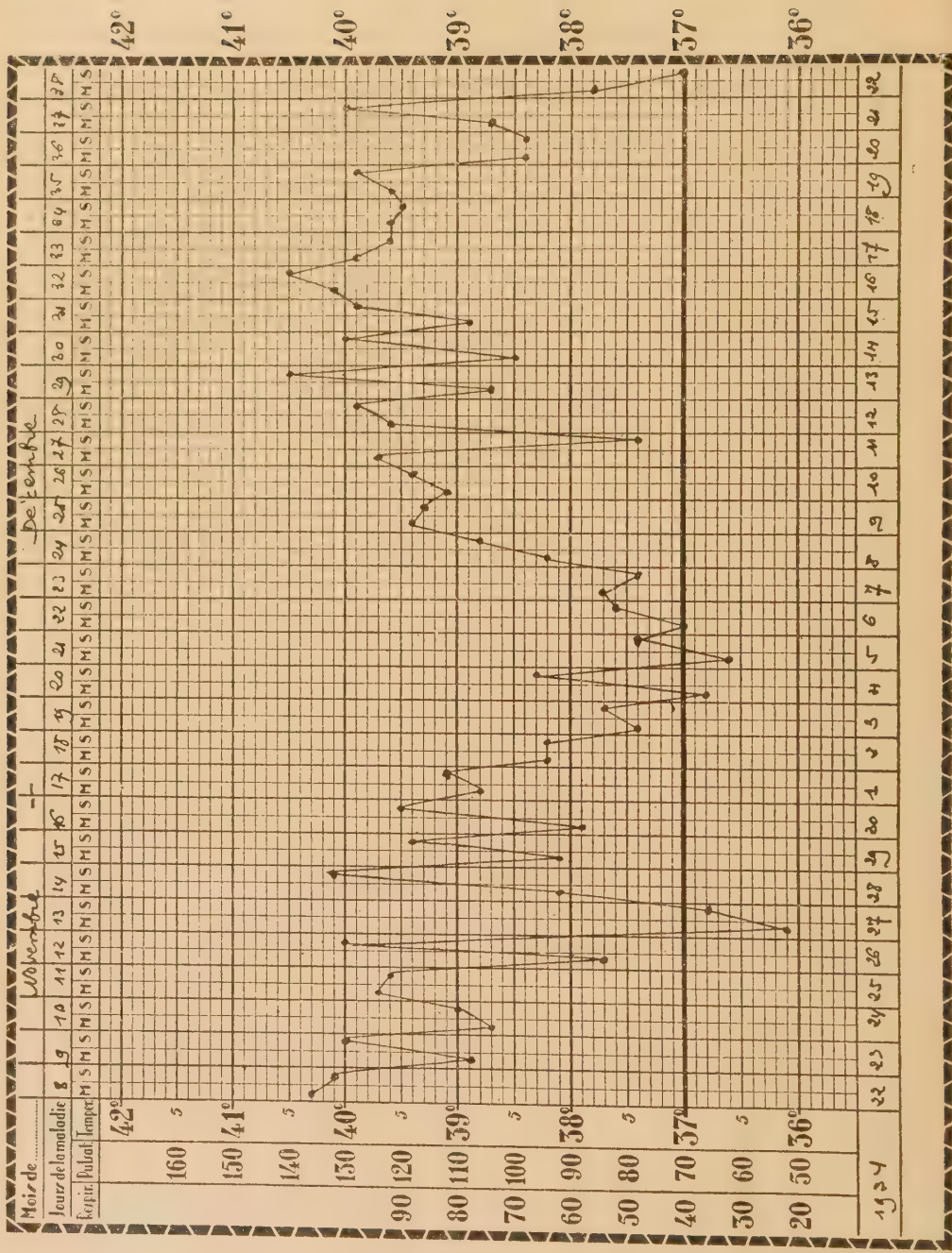
constipation persiste, les taches rosées disparaissent rapidement. Le pouls enfin se ralentit et tombe progressivement à 80.

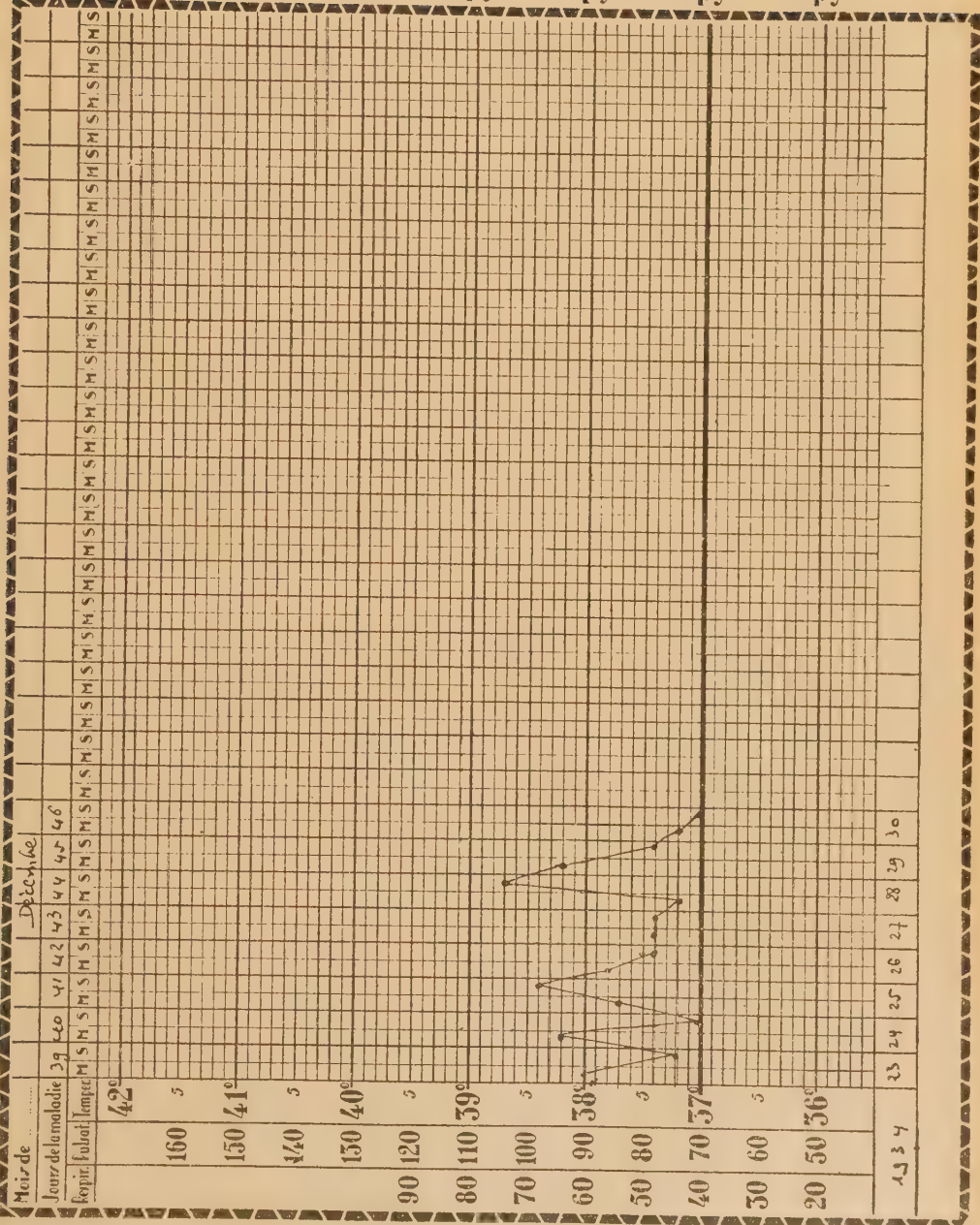
Le 30 décembre, l'enfant, très amaigrie, fatiguée, entre en convalescence.

En résumé, il s'agit d'une *fièvre typhoïde à rechute*; la première atteinte a été très atypique dans ses signes, elle dure vingt et un jours, elle est suivie d'une apyrexie absolue durant trois jours, puis d'une *rechute* assez sévère, où tous les signes se précisent et s'accusent et qui dure vingt-deux jours.

En tout, la maladie a duré 46 jours.

Mlle Jeanne C.





OBSERVATION N° V

BERTHELOT B..., âgé de 6 ans et 3 mois.

Il s'agit d'un enfant né le 2 avril 1923. Il entre à l'hôpital le 15 juillet 1929, avec le diagnostic de fièvre typhoïde, évoluant depuis une dizaine de jours environ.

Le début de la maladie semble, en effet, remonter au 6 juillet. Il s'est fait progressivement. L'enfant, jusque-là bien portant, est devenu fatigué, s'est plaint de céphalée. La température est montée en oscillant à 38°5, 39°. Il existe une constipation opiniâtre.

Le 14 juillet, le malade a présenté une épistaxis, la température était montée ce jour-là à 40°.

C'est donc au dixième jour de la maladie qu'on est amené à voir l'enfant.

On se trouve en présence d'un enfant ayant un assez bon état général. Il est légèrement prostré, mais sans tymphos vrai. La température est à 39°9. Le pouls est légèrement dissocié, mais bien frappé, il bat à 110 pulsations à la minute. La tension artérielle est de 9-6.5 au Vaquez. Il n'existe pas de diarrhée ni de gros troubles digestifs.

L'abdomen est souple, le foie déborde de deux travers de doigt le rebord costal. La rate n'est pas perceptible.

On ne trouve pas de taches rosées.

L'auscultation des poumons ne montre rien d'anormal.

Les urines sont foncées, peu abondantes — de 250 à 500 grammes — mais elles ne contiennent ni sucre ni albumine.

Aucun trouble d'ordre neurologique : réflexes normaux, pas de signe de Kernig.

Il existe une mycropolyadénite.

Une *hémoculture*, pratiquée le 16 juillet, montre l'existence de bacilles d'Eberth.

Un séro-diagnostic, fait le même jour, se montre positif au 1/100^e pour le bacille d'Eberth, négatif pour les para A et B.

Un examen de sang, fait deux jours après, montrera une anémie légère avec augmentation de la valeur globulaire.

Il s'agit donc bien d'une fièvre typhoïde.

*L'évolution de cette fièvre typhoïde
se fait normalement.*

La température oscille pendant une dizaine de jours. D'abord autour de 39°, elle commence à descendre en lysis à partir du 18 juillet et le 22 elle tombe à 37°, après une montée passagère à 38°5, le 23, qui s'accompagne d'un vomissement, elle va rester désormais à 37°.

Parallèlement, les signes se sont peu à peu amendés. La rate est devenue percutable sur 7 cm. 5. L'enfant s'est réalimenté, prenant des bouillies, puis ensuite un régime lacto-végétarien.

Un séro-diagnostic, pratiqué le 23 juillet, donne des résultats identiques aux précédents. Il est positif au 1/100^e pour le bacille d'Eberth, négatif pour les bacilles paratyphiques A et B.

La période de convalescence s'étage du 24 juillet au 2 août, soit du dix-neuvième jour de la maladie au vingt-huitième jour. Pendant cette période, la tempé-

rature est de 37°4 le soir, 36°5, voire même 36° le matin. La santé s'est rétablie complètement. L'enfant reste assez amaigri.

Rechute.

Tout semblait donc aller pour le mieux, quand, le 3 août, la température recommence à monter progressivement. Elle est à 37°8 le soir, le lendemain elle atteint 38°6, le 5 elle est à 39°, à 39°5 le 6 et dépasse 40° le 8 au matin.

Les selles qui, jusque-là, étaient normales, deviennent à nouveau plus dures. L'enfant se plaint de céphalée, il est somnolent. On assiste ainsi à une reprise de tous les signes qui ont marqué la première atteinte : haleine fétide, langue saburrale.

Le foie est toujours légèrement hypertrophié. La rate est percutable.

Mais cette rechute va durer peu de temps; à peine a-t-elle atteint 40° que la température redescend, le soir même elle est à 39°3, le lendemain à 38° et le 10, soit le huitième jour de la rechute, elle est retombée à 37°. Il faut noter qu'elle continue ensuite à descendre et que les 11 et 12 août, il existe une véritable hypothermie, la température tombant à 36° le matin.

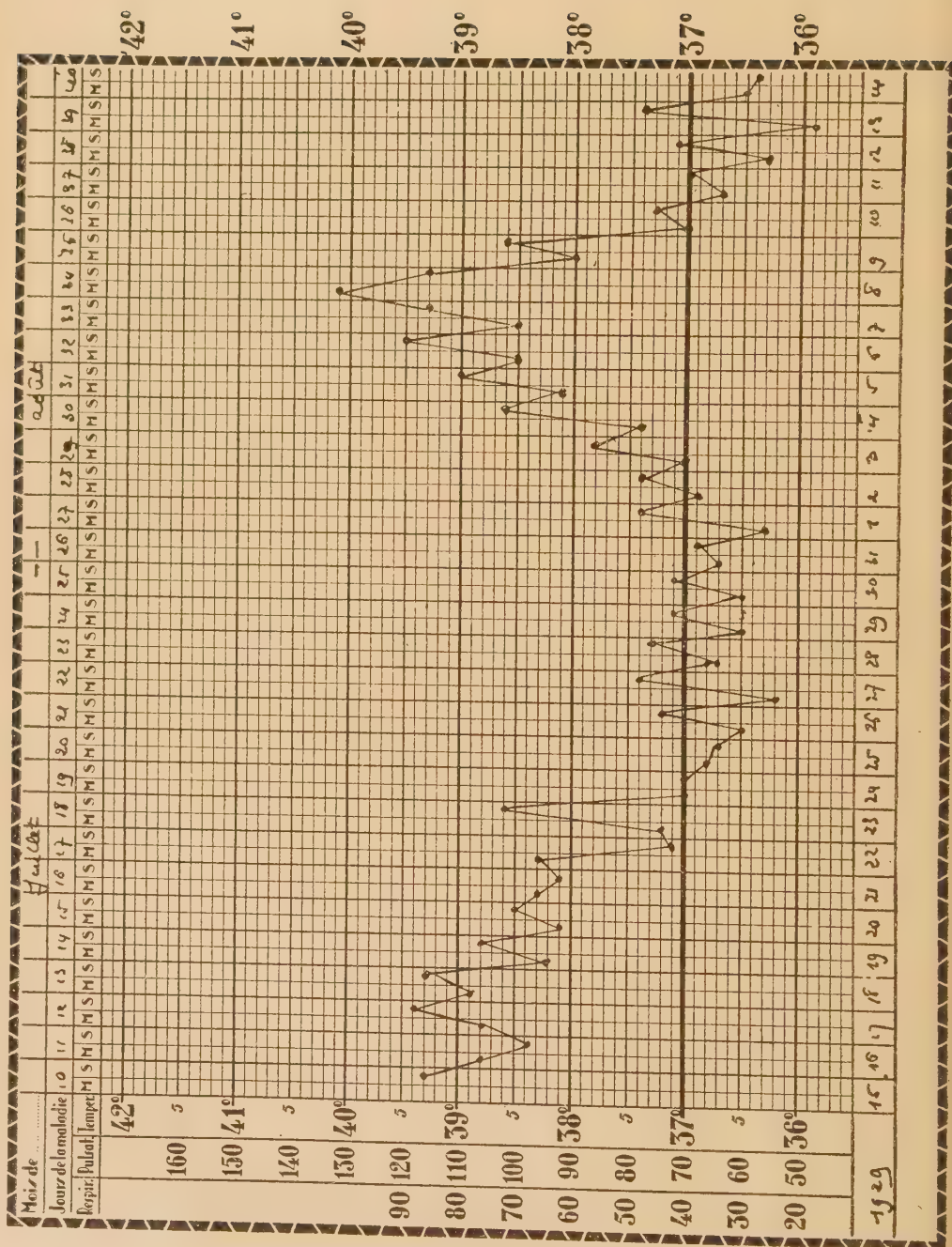
A partir du 14 août, soit le douzième jour de la rechute, l'apyrexie persiste avec cependant une poussée thermique passagère à 38°, 38°5 les 22 et 23 août. Cependant, l'enfant reprend du poids : à 17 kg. 700 à son entrée, il pèse 18 kg. 400 le 22, 18 kg. 700 le 25. Il se réalimente.

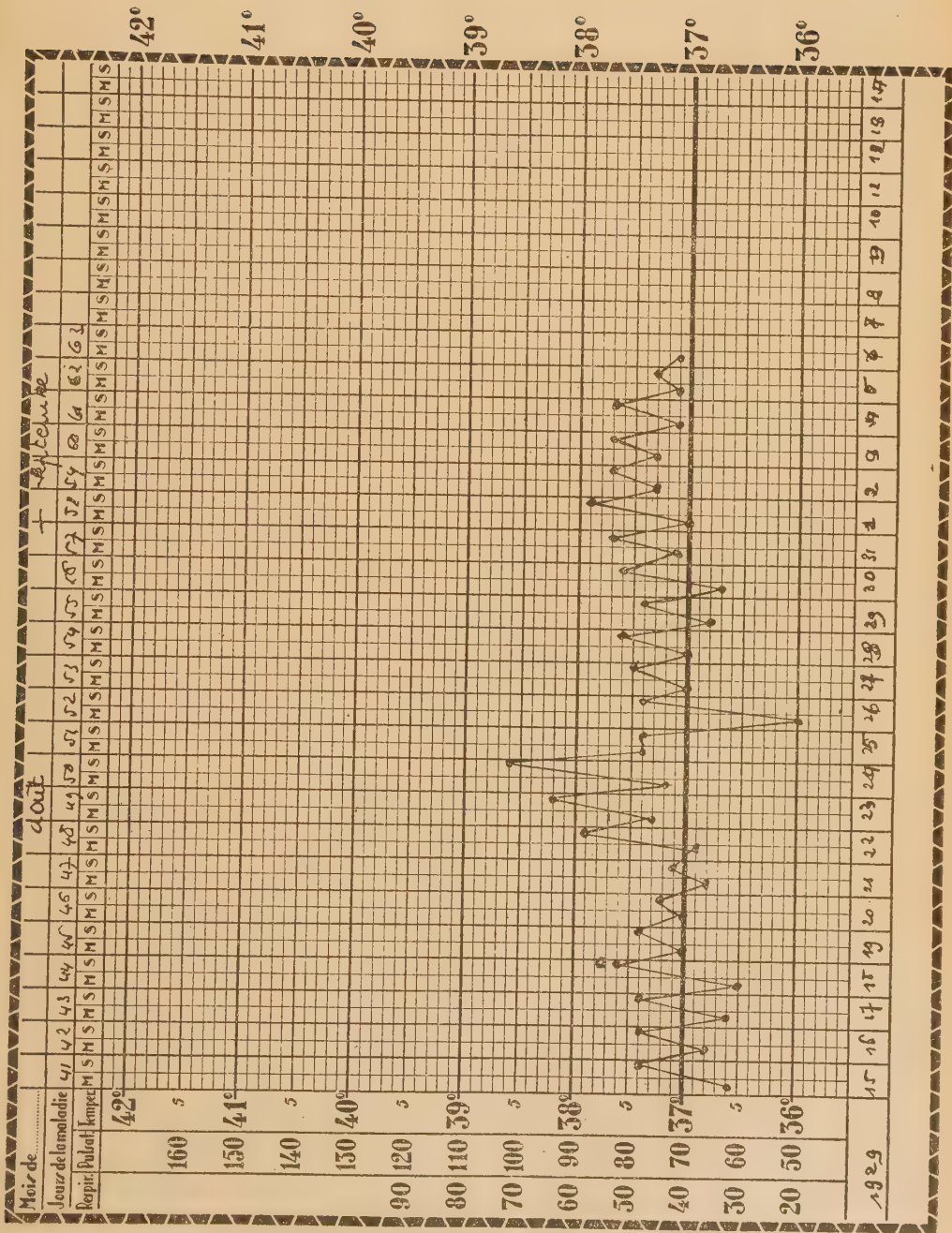
Il sort, guéri, de l'hôpital le 6 septembre.

En somme, il s'agit d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne, qui, après une période d'apyrexie absolue (et même d'hypothermie) a subi une rechute d'intensité moyenne.

La maladie aura duré 36 jours, dont 18 pour la première atteinte et, après 10 jours d'apyrexie, une rechute qui a duré 8 jours.

M. BERTHELOT B...





OBSERVATION N° VI

SYLVAIN M..., né le 16 mars 1924.

L'enfant, âgé de 8 ans et 2 mois, entre dans le service le 4 juin 1932, avec le diagnostic de fièvre typhoïde. En réalité, il s'agit d'une *rechute de fièvre typhoïde*, le début de la maladie remontant au 9 mai dernier.

A cette date, en effet, l'enfant qui se plaignait déjà, depuis plusieurs jours, d'un malaise vague : fatigue, diminution de l'appétit, légère céphalée, doit s'aliter. La température est alors de 38°5, elle s'élève le soir même à 40°4. Cet état fébrile se prolonge les jours suivants, oscillant entre 40° et 40°5 s'accompagnant d'un abattement léger, de douleurs abdominales légères et diffuses, d'une constipation pas très intense. Le 12 mai, un médecin fait pratiquer une hémoculture qui décèle le bacille d'Eberth.

Le 16 mai, au huitième jour de la maladie, la température commence à s'abaisser; pendant trois jours, elle reste au voisinage de 39°, puis le 20, tombe à 38°, elle persiste sous forme de petites oscillations, entre 37°5 et 38°5, pendant quelques jours; puis ces oscillations augmentent d'amplitude, pour décrire presque un type hectique vers les 28 et 29 mai, entre 36°8 et 39°6. Puis les oscillations décroissent et durant deux jours restent au voisinage de 38°, 38°5. Enfin, le premier juin, la température remonte à 39° et le lendemain est à 40°, le 3 elle est toujours aussi élevée.

Le 4, l'enfant entre à l'hôpital.

C'est donc au vingt-septième jour de la maladie qu'on examine l'enfant.

On trouve un enfant un peu fatigué, pâle, mais qui

répond parfaitement aux questions. La température est tombée à 38°5, elle va d'ailleurs rapidement monter les jours suivants. Le pouls bien frappé est à 108.

Les troubles digestifs sont peu marqués, la langue est humide, presque rosée. L'enfant ne se plaint d'aucune douleur abdominale, il n'y a pas, et il n'y a jamais eu, de vomissements. Il présente enfin une constipation qui oblige à pratiquer un lavement quotidien.

L'abdomen est nettement météorisé, sonore à la percussion; il est souple, se laisse déprimer même dans la fosse iliaque droite, où l'on ne réveille ni douleur, ni gargouillement.

On trouve des taches rosées lenticulaires, petits éléments congestifs, s'effaçant sous le doigt et siégeant en particulier à la partie inféro-gauche de l'abdomen avec quelques éléments aberrants au-devant de la région précordiale.

La rate est hypertrophiée, son hypertrophie est surtout décelée par la percussion qui montre une zone de matité ovalaire dans l'hypocondre gauche de dix centimètres de hauteur et neuf centimètres de largeur. La percussion de cette zone sphérique est légèrement douloureuse.

Le foie déborde légèrement le rebord costal, sa zone de percussion cependant est normale; cette percussion est également sensible.

A l'examen cardio-vasculaire, bruits du cœur un peu rapides avec, au niveau du foyer apexien, une légère diminution de l'intensité du premier bruit. La tension artérielle est à 10,5-8,5, avec un indice oscillométrique faible : 1/2 division.

Rien au niveau des poumons. Les autres appareils semblent normaux.

Les urines sont assez abondantes, à un litre, un peu foncées. Elles ne contiennent ni sucre, ni albumine. Signalons que dans un examen pratiqué en ville, on y a trouvé de l'acétone.

La cuti-réaction est négative.

Une notion étiologique nous est fournie par la famille. Il n'existe aucun cas de fièvre typhoïde dans l'entourage, mais le malade aurait mangé des coquillages trois semaines avant de tomber malade.

Il paraît donc bien s'agir d'une rechute de la fièvre typhoïde précédemment constatée.

L'évolution de cette rechute se poursuit normalement. Pendant quatre jours, la température reste entre 39°2 et 39°8, l'état du malade ne subit guère de modifications, le pouls bien frappé, régulier, se précipite un peu, il bat à 128. Les signes physiques sont identiques, la rate, cependant, laisse sentir son pôle inférieur à la palpation. Le 7 juin, on a fait une hémoculture qui s'est montrée négative et un séro-diagnostic qui est positif à 1/200^e au bacille d'Eberth, négatif aux para A et B.

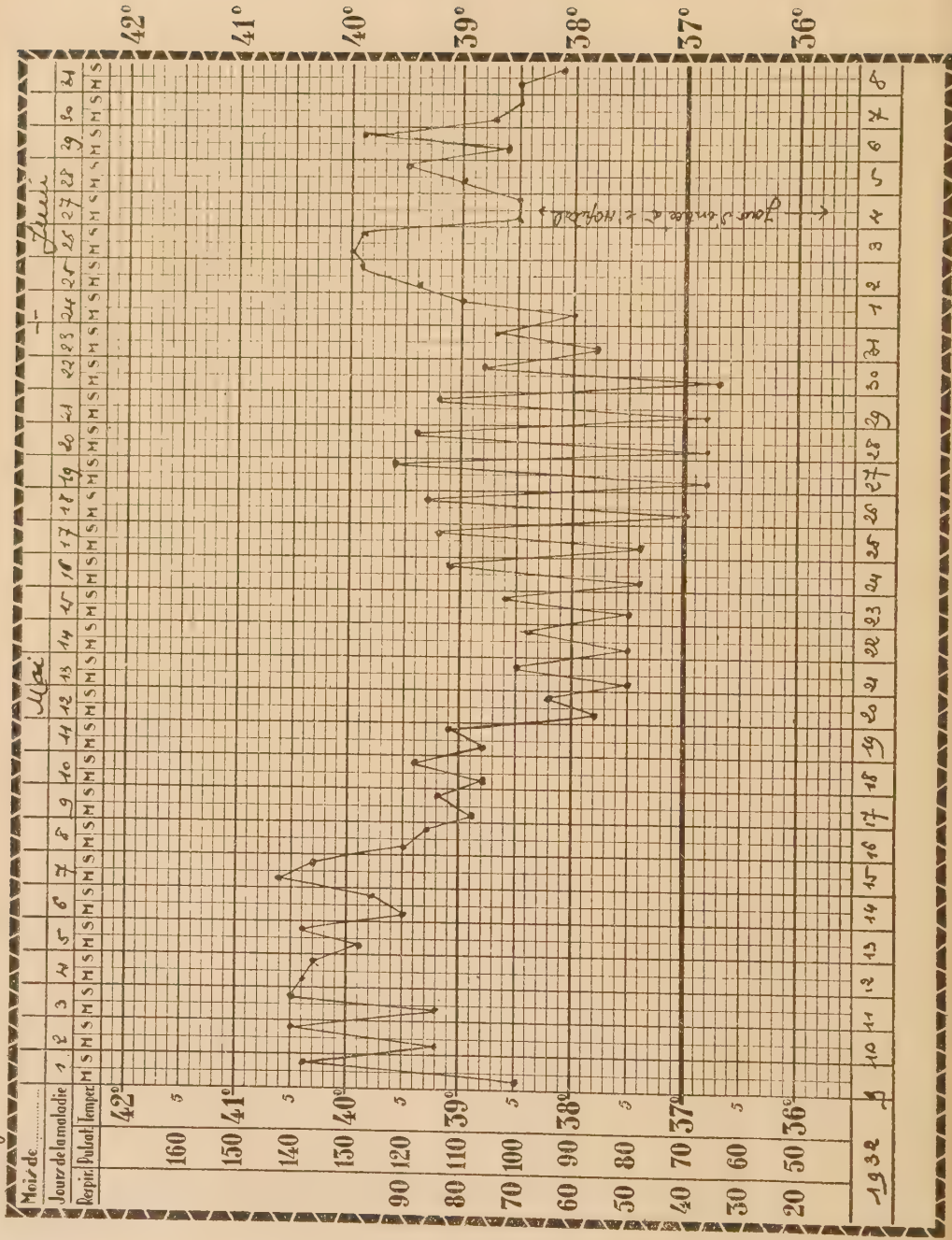
Cependant le 8, au huitième jour de la reprise, la température tombe le soir à 38°5, le lendemain à 38°, le 10 à 37°6, et n'est définitivement normale qu'à partir du 14 juin.

Accompagnant la défervescence, tous les signes s'atténuent, les taches rosées s'effacent, la constipation diminue, l'enfant est moins abattu. Les urines qui avaient baissé à 250 grammes reprennent leur taux initial. Le malade entre en convalescence, il quitte l'hôpital définitivement guéri.

Bref, il s'agit d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne, en deux étapes, la première, assez courte, dure 11 jours et est suivie d'une apyrexie toute rela-

tive assez semblable à celle que décrit ESCALIER et qui n'a de valeur que précédée par une défervescence graduelle, régulière de la courbe thermique. Elle dure 12 jours. La deuxième phase, enfin, dure 14 jours. La durée totale de la maladie a été de 37 jours.

M. Lebrun M....



OBSERVATION N° VII

LUCIEN T..., né le 21 juin 1914.

Il s'agit d'un enfant de 9 ans, qui entre dans le service le 28 juin 1923, pour une affection fébrile durant depuis plusieurs jours. La maladie semble avoir débuté le 23 juin par de l'anorexie, des vomissements, une céphalée intense, de l'insomnie. De plus, le malade a présenté une épistaxis à deux reprises et se plaint de douleurs abdominales prédominant au niveau de la fosse iliaque droite. Enfin, la fièvre est montée progressivement, pour atteindre 40°.

On nous amène l'enfant le 28 juin. Il s'agit d'un enfant pesant 21 kg. 700 et mesurant 1 m. 22. Les antécédents donnent peu de renseignements, l'enfant était jusque-là bien portant, son père et sa mère sont en bonne santé, ils ont quatre autres enfants, dont une fillette qui se trouve actuellement alitée, avec les mêmes signes que notre petit malade. Il faut noter que la famille habite Billancourt et qu'il existerait dans cette localité plusieurs cas de fièvre typhoïde.

L'enfant paraît amaigri, très obnubilé, dans un état d'abattement assez marqué; il répond mal aux questions (cependant, d'après la mère, c'est un retardataire, ce qui accentue encore son état de torpeur). La température est élevée à 40°1 le jour de son entrée. Le pouls, très frappé, est rapide à 120.

La langue est très saburrale, un peu rouge et humide, au niveau de la pointe, elle est recouverte d'un enduit blanchâtre à sa base. L'haleine est fétide, le pharynx rouge et granuleux. L'enfant est constipé, les selles rares et dures ne sont évacuées qu'à la suite de lavements.

L'abdomen est un peu gros, tendu et douloureux à

la palpation, surtout au niveau de la fosse iliaque droite, où l'on réveille quelques gargouillements.

Le foie paraît légèrement hypertrophié, débordant de trois centimètres le rebord costal.

La rate est percutable sur 13 centimètres de hauteur et 7 centimètres de largeur.

Il n'y a pas de taches rosées lenticulaires.

Les bruits du cœur sont bien frappés, un peu rapides. La tension artérielle est de 10,5—7,5.

A l'auscultation, on trouve quelques sibillances aux deux bases pulmonaires.

Le système nerveux est respecté, les réflexes sont normaux, il n'y a pas de signe de Kernig.

Les urines sont raréfiées à 500 cc. foncées ne contenant pas d'albumine.

Devant ces signes, on pense à la fièvre typhoïde, diagnostic confirmé par une hémoculture faite le 30 juin, qui révèle l'existence du bacille d'Eberth. Un séro-diagnostic fait le même jour reste négatif.

L'évolution de cette fièvre typhoïde va se poursuivre normalement, la température persiste autour de 40° jusqu'au 5 juillet, l'état restant stationnaire. A partir de cette date, la température commence à descendre progressivement, le 5 elle est à 39°, le 7 à 38°, le 8 juillet elle atteint 37°, c'est-à-dire le seizième jour de la maladie; elle oscille encore quelques jours entre 37° et 38°, mais le 11 elle semble se stabiliser à la normale. Parallèlement, les signes généraux se sont amendés, l'enfant est plus éveillé, le pouls mieux frappé, mais rapide à 100; la langue humide et dépouillée. Le 12 et le 13 juillet, le malade est complètement apyrétique, les selles sont normales et on pourrait envisager une convalescence rapide. Cependant les urines qui avaient, les jours précédents, augmenté de volume, se

raréfient à nouveau : 500 cc. restent foncées ; l'état général reste précaire, le pouls un peu rapide.

Le 14 juillet (22^e jour de l'affection), sans raison apparente, la température remonte, elle est le matin à 37°5, le lendemain à 39°; elle va se maintenir à ce niveau pendant quelques jours. Cependant, l'enfant est bien éveillé, l'abdomen est souple, et il n'existe pas de diarrhée. Le 18 juillet, la température commence à osciller, elle varie ce jour-là entre 37°5 et 39°5; le pouls est rapide, petit et irrégulier; la tension artérielle inappréciable. Le lendemain, l'enfant vomit, on prescrit X gouttes de Digibaine et la reprise d'une alimentation lactée. Le lendemain, il existe un léger degré de cyanose des extrémités.

Cependant, l'état s'améliore rapidement; le 21 juillet, la température cesse d'osciller et ne dépasse plus guère 38°, et, à partir du 28 juillet, elle restera à 37°.

L'état général devient satisfaisant; l'abattement diminue, le pouls se ralentit, les urines augmentent de volume pour atteindre passagèrement près de deux litres par 24 heures. L'enfant, qui avait considérablement maigri jusqu'à cette époque (18 kg. 600 le 28 juillet) va reprendre peu à peu du poids et l'enfant, guéri, sort de l'hôpital ayant repris plus de 3 kilos (18 kg. 650 le 25 août).

En résumé, il s'agit donc d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne ayant évolué en deux phases.

La première atteinte a duré environ 19 jours et a été séparée par une période d'apyrexie absolue de deux jours de la deuxième atteinte, rechute d'intensité moyenne qui dura 10 jours.

Au total, l'affection a eu une durée de 31 jours.

OBSERVATION N° VIII

GASTON A..., né le 16 février 1913.

Il s'agit d'un enfant de 10 ans et 3 mois, qui entre à l'hôpital le 18 mai 1923 avec le diagnostic d'embarras gastrique fébrile, remontant à une huitaine de jours. C'est, en effet, à dater du 10 mai qu'apparaissent de la céphalée à prédominance occipitale, une fatigue générale avec abattement, légère torpeur entrecoupée de cauchemars. En même temps, apparaît une diarrhée profuse, fétide et liquide. Cependant, la température monte progressivement chaque jour, elle atteint bientôt 39° , $39^{\circ}5$. Par contre le petit malade ne se plaint d'aucune douleur abdominale, il ne vomit pas. C'est devant la persistance de ces signes que l'enfant est envoyé à l'hôpital.

C'est donc à son entrée, le 18 mai, qu'on examine l'enfant. Il semble normal en apparence, mesure 1 m. 30, pèse 25 kg. 350. L'examen va déceler un ensemble symptomatique, éminemment suggestif, de la fièvre typhoïde.

L'enfant est pâle, les yeux cernés, il est abattu et prostré, mais non somnolent, et il répond bien aux questions, il ne délire pas.

La température est de $39^{\circ}8$, le pouls bien frappé à 108.

Les troubles digestifs sont peu marqués, le pharynx est rouge, la langue est dépouillée, très rouge à la pointe et sur les bords, assez humide. Les selles sont assez fréquentes, légèrement grumeleuses, mais sans qu'il existe, à proprement parler, de diarrhée.

L'abdomen n'est pas ballonné, il est souple. La palpation réveille une douleur nette et des gargouillements au niveau de la fosse iliaque droite.

Le foie est de volume normal, mais la rate est nettement hypertrophiée, non palpable, mais percutable sur 13 centimètres de hauteur et 5 centimètres de largeur.

On ne trouve aucune tache rosée caractéristique.

L'auscultation des poumons montre l'existence de signes de bronchite diffuse prédominant aux deux bases. Au cœur, les bruits sont bien frappés, réguliers. La tension artérielle est de 10/6,5. Les urines sont raréfiées, hautes en couleur, ne contenant pas d'albumine.

On pense à une fièvre typhoïde, diagnostic confirmé par les examens de laboratoire. Le 22 mai, une hémoculture montre l'existence de bacilles d'Eberth. Le séro-diagnostic, fait le même jour, est déjà légèrement positif au 1/100^e pour le bacille d'Eberth, négatif pour les paratyphiques A et B.

L'évolution de cette fièvre typhoïde se poursuit normalement. La température se maintient en plateau jusqu'au 30 mai, autour de 39°5, puis de 39°. Les signes n'ont guère changé, il est apparu, surajoutés aux signes de bronchite, quelques râles sous-crépitaux aux deux bases.

Le 31 mai, 21^e jour de la maladie, la défervescence s'amorce, la température tombe le soir à 38°, elle montera le lendemain à 39°, mais pour descendre en lysis les jours suivants et atteindre 37° le 5 juin, le 7 elle paraît stabilisée à la normale.

L'état général s'est amélioré, l'abattement a diminué. L'enfant est bien éveillé, les selles sont normales, les urines sont claires, elles ont considérablement augmenté de volume pour atteindre près de 2 litres le 9 juin. L'enfant a maigri, il ne pèse que 22 kg. 550.

On peut croire l'enfant guéri et pendant quatre jours la température reste matin et soir à 37°. Cepen-

dant le pouls est mal frappé, difficile à percevoir, le petit malade est encore fatigué.

Le 14 juin, 25^e jour de la maladie, la température se met à remonter, elle dépasse 38° le soir, le lendemain elle atteint 38°6. On assiste ainsi à l'apparition d'une petite *rechute*. Cette rechute est cependant *légère*, ne s'accompagnant ni d'aggravation des signes préexistants, ni d'apparition de nouveaux signes. Elle est de *courte durée* : le 18 juin la température baisse déjà, elle reste un peu élevée pendant quelques jours (entre 37°5 et 38°) mais le 24 juin elle est redevenue définitivement normale.

Désormais, la guérison s'établit progressivement, l'enfant reste amaigri, ayant encore perdu 1 kilo.

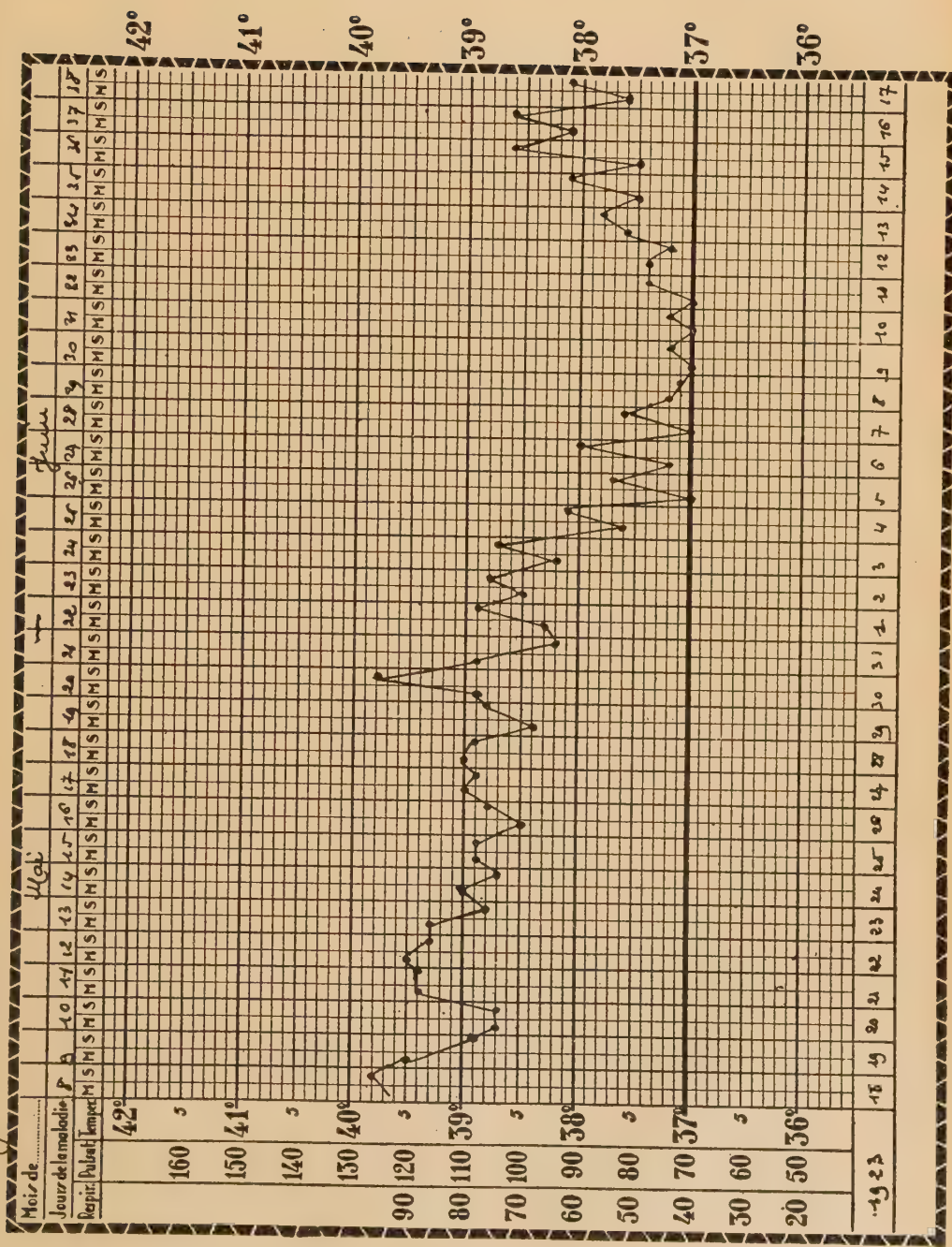
L'examen complet, fait le 4 juillet, ne montre rien d'anormal ; une radio faite à cette date, montre des hiles chargés, en particulier le gauche riche en granulations ganglionnaires, mais sans atteinte du parenchyme.

L'enfant a repris du poids : 26 kg. 850 et sort guéri de l'hôpital le 22 juillet.

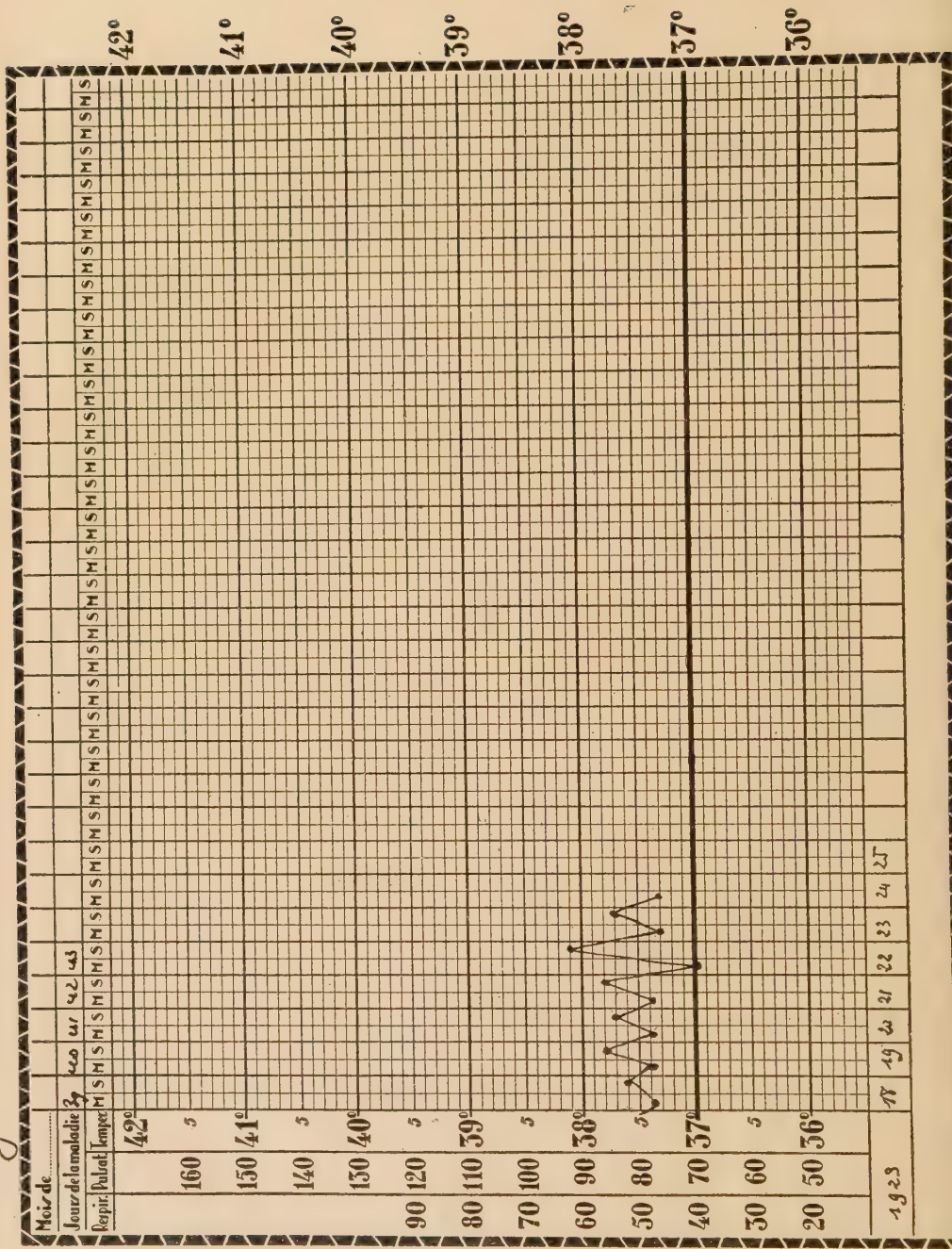
En résumé, fièvre typhoïde de moyenne intensité, suivie d'une apyrexie absolue du 28^e au 32^e jour de la maladie. Rechute légère le 34^e jour de la maladie.

La durée totale de l'affection a été de 42 jours, dont 28 jours pour la première atteinte et 10 jours pour la deuxième, séparés par 5 jours d'apyrexie.

g



M. Gaston A. ...



OBSERVATION N° IX

PEDRO C..., âgé de 14 ans et 1 mois.

Il s'agit d'un enfant né le 14 novembre 1915. Il entre dans le service le 30 décembre 1929, pour hyperthermie à 39°, fatigue générale, troubles survenus depuis une huitaine de jours chez un enfant jusque-là bien portant.

Le début de la maladie paraît, en effet, remonter au 22 décembre. Il se plaint alors d'une fatigue générale, qui l'oblige à interrompre son travail. La température s'élève progressivement. Il se plaint d'une céphalée très vive, de vertiges qui l'obligent à s'aliter. Pendant la nuit il délire et présente plusieurs épistaxis.

Peu à peu il va tomber dans un état de torpeur très prononcée, l'état général s'aggrave, il refuse tout aliment. Enfin la température, toujours ascendante, atteint 40°. C'est alors qu'il entre à l'hôpital.

C'est donc au 8^e jour de la maladie qu'on est amené à examiner l'enfant. On se trouve en présence d'un enfant paraissant bien constitué. Il mesure 1 m. 47 et pèse 36 kg. 300. Il apparaît somnolent, cependant la torpeur n'est pas très marquée, car bien qu'abattu, il répond parfaitement aux questions qu'on lui pose.

Il se plaint d'une céphalée violente et d'un malaise général.

La température, à son entrée, est à 39°. Le pouls, bien frappé, est à 100, donc nettement dissocié d'avec la température.

Il y a quelques troubles digestifs : la langue est rôtie, fendillée, saburrale au centre, rouge sur les bords et à la pointe, l'haleine légèrement fétide. Il existe une selle par jour, qui est, par intermittences, diarrhéique.

L'abdomen est météorisé. On est tout de suite frappé par l'existence de petites taches rosées lenticulaires, peu nombreuses, disséminées sur la base du thorax et dans les flancs, d'aspect caractéristique, s'effaçant à la pression.

Le ventre est souple et la palpation ne révèle aucune douleur, mais montre l'existence d'un léger gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Le foie paraît de volume normal.

La rate est difficilement percutable, en raison du météorisme, mais on a cependant l'impression qu'elle est nettement augmentée.

L'auscultation révèle enfin l'existence de râles de bronchite aux deux bases.

Les bruits du cœur sont réguliers, bien frappés. La tension artérielle est de 10/6 au Vaquez.

Aucun trouble d'ordre neurologique.

Les urines sont rares et hautes en couleur.

Devant ce tableau clinique, le diagnostic de fièvre typhoïde s'imposait. Il fut confirmé par une hémoculture pratiquée le 31 décembre, qui se montra positive au bacille d'Eberth.

L'évolution de cette fièvre typhoïde se poursuit normalement. Tous les signes persistent sans grand changement jusqu'au 6 décembre. Le tymphos est presque complètement absent, les taches rosées disparaissent lentement, la rate est nettement percutable, cependant l'abdomen se montre un peu douloureux à la palpation de la fosse iliaque droite. La diarrhée se précise, très liquide, jaune et très fétide.

Le 6 janvier, 15^e jour de la maladie, la température, qui jusque-là était en plateau rigoureux, autour de 39°, va commencer à baisser. Sa chute est assez rapide, elle tombe de 39°5, où elle était la veille, à 37°5 le 6 au matin et se maintient à ce niveau le soir. Les jours

suivants, elle va continuer à osciller au voisinage de $37^{\circ}9$; à aucun moment elle ne restera franchement à 37° . Cependant les taches rosées ont complètement disparu, le faciès du malade est bon, son état général s'est nettement amélioré, il répond bien aux questions, l'abdomen reste cependant un peu douloureux dans la fosse iliaque droite.

La période d'apyrexie relative ainsi constatée va s'étendre du 6 janvier au 11 janvier. Pendant cette période, il n'y aura pas eu de crise urinaire franche, les urines sont restées rares et hautes en couleur.

Le 12 janvier, au 21^e jour de la maladie, la fièvre reprend, elle atteint 38° le soir, $38^{\circ}8$ le 13 au matin, elle dépasse 39° le même soir. Cependant cette *rechute* va être de courte durée ; déjà, le 14, la température commence à baisser et retombe à 38° , elle remonte à 39° le 15 et le 16 janvier, mais le 17 elle tombe franchement au-dessous de 38° ; le 20 janvier, 9^e jour de la rechute, et 29^e jour de l'affection, elle est retombée à 37° ; elle va rester à ce niveau.

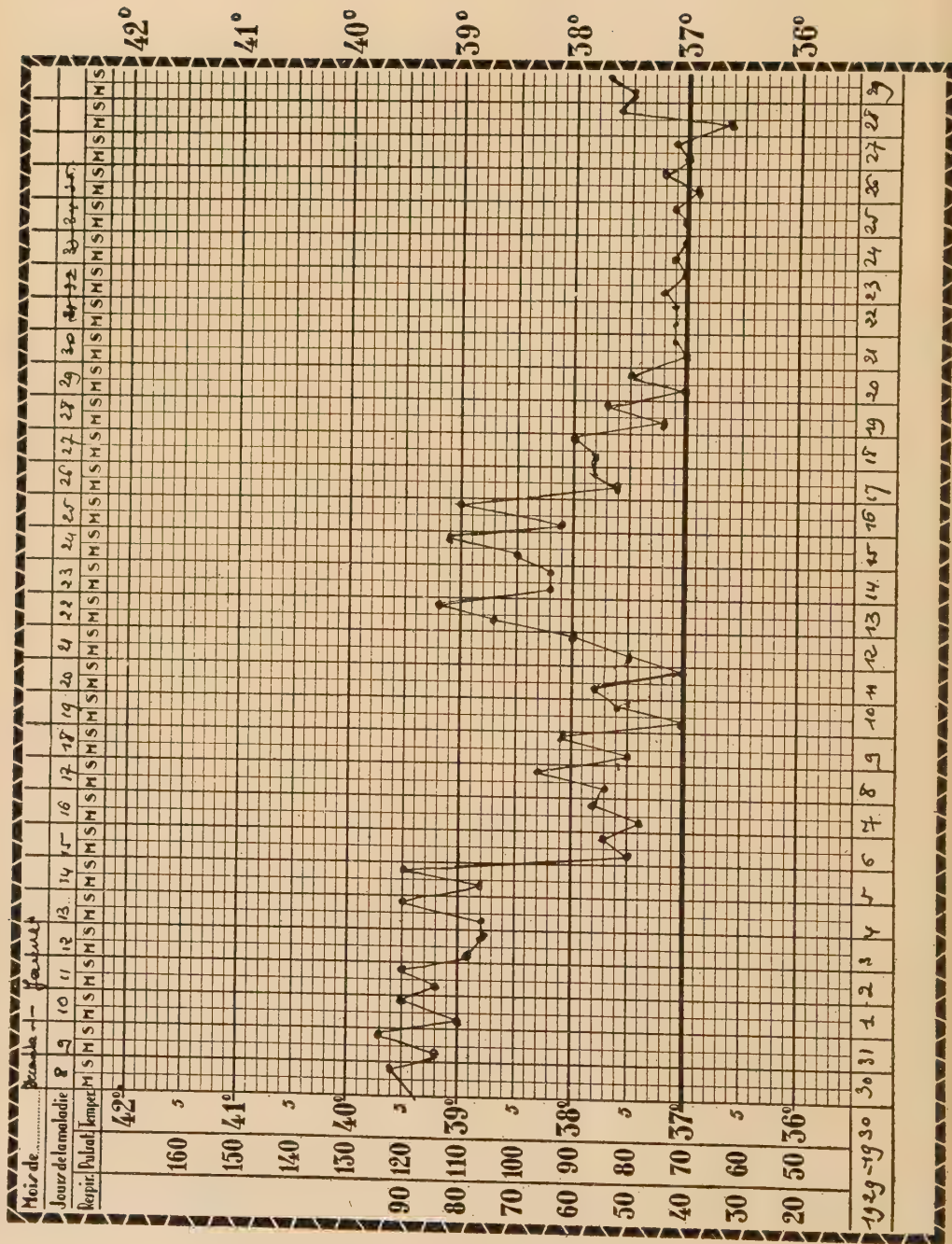
Pendant toute la durée de la rechute, le malade a conservé son bon état général. Les selles sont restées bien moulées. Les urines restent assez abondantes, à 1 litre.

Le petit malade entre alors en convalescence. Il sortira guéri de l'hôpital le 20 février.

En résumé, il s'agit d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne qui, après une défervescence incomplète, a fait une rechute légère.

La maladie aura duré 30 jours, dont 14 jours pour la première atteinte, 6 jours d'apyrexie relative et 10 jours pour la rechute.

M. PEDRO. C...



OBSERVATION N° X

CHARLES D..., âgé de 11 ans et 10 mois.

Il s'agit d'un enfant né le 30 novembre 1922. On apprend qu'il a déjà été hospitalisé en août dernier, pour une otite actuellement guérie. C'est pour de la fièvre, du malaise général, apparus depuis une dizaine de jours, qu'il entre dans le service le 27 septembre 1934.

Le début de la maladie paraît en effet remonter au 15 septembre. A ce moment, l'enfant se plaint d'un vague malaise général, avec céphalée intense, douleurs abdominales ; il vomit. Le lendemain il va mieux. Cependant, dans les jours qui suivent, les signes précédents vont reprendre et s'accroître. La céphalée est vive, il y a des troubles digestifs : anorexie, douleurs abdominales, de la diarrhée (3 ou 4 selles par jour), cependant le vomissement du début ne s'est pas répété. Enfin la température grimpe progressivement, pour atteindre 40°.

Un médecin appelé aurait constaté un gros foie et une grosse rate. Il envoie l'enfant à l'hôpital.

C'est donc au 13^e jour de la maladie qu'on est appelé à examiner l'enfant. On se trouve en présence d'un enfant paraissant bien constitué. Il mesure 1 m. 465 et pèse 33 kg. 100. Il semble un peu fatigué, un peu somnolent, mais répond bien aux questions qu'on lui pose ; on apprend qu'il a, la nuit, de l'insomnie ; il n'y a, en somme, pas de tymphos net.

Il se plaint d'une céphalée marquée.

La température, à son entrée, est de 39°8. Elle est, comme nous le verrons, à son acmé.

Le pouls, bien frappé, est à 100, donc nettement dissocié d'avec la température.

Il existe quelques troubles digestifs : anorexie, lan-

gue recouverte par endroits d'un enduit blanchâtre, elle n'est cependant pas sèche. Il y a une selle diarrhéique.

L'abdomen apparaît nettement météorisé. Comme on pense à une fièvre typhoïde, on cherche à trouver des taches rosées ; il n'y a rien de bien net, que quelques éléments congestifs prédominant au niveau du thorax, légèrement surélevés, disparaissant à la distension des téguments, certains éléments centrés sur une gouttelette de pus.

Le ventre est souple, un peu douloureux à la palpation, surtout au niveau de la fosse iliaque droite où l'on réveille un gargouillement net.

Le foie est gros, il déborde de deux travers de doigt le rebord costal.

La rate est hypertrophiée, franchement palpable.

L'auscultation révèle l'existence de râles diffus de bronchite dans l'étendue des deux champs pulmonaires.

Les bruits du cœur sont réguliers, bien frappés. La tension artérielle est un peu basse : 9/5,5.

Aucun trouble d'ordre neurologique.

Les urines, enfin, sont rares (500 cc.) hautes en couleur. On n'y trouve pas d'albumine.

Le tableau symptomatique suggère d'emblée l'idée de fièvre typhoïde. Le diagnostic sera confirmé par un *séro-diagnostic* fait deux jours plus tard, qui se montrera positif au 1/200^e pour le bacille d'Eberth.

L'évolution de la maladie va se faire rapidement. Dès le lendemain, la température baisse un peu, ne dépasse pas 39°5, elle est à 39° le 29, à 38°5 le 30, puis elle oscille pendant quelques jours pour atteindre la normale le 7 octobre, au 23^e jour de la maladie. Accompagnant cette défervescence en lysis, l'état général s'améliore de jour en jour, le pouls est bien frappé à

90, les selles sont redevenues normales. La diurèse augmente pour atteindre 1 litre et même 1.500 cc.

Tout permet donc de prévoir une convalescence rapide, et, pendant une semaine environ, il existe une *période d'apyrexie absolue*, voire d'hypothermie pendant 3 à 4 jours.

Cependant, le 14 octobre, au 30^e jour de la maladie, la température remonte. Elle est à 38° le soir, le lendemain à 38°5. Elle va rester ainsi, aux environs de 38° pendant 6 jours. Le 20 octobre, elle commence à redescendre et en deux jours elle atteint la normale et y restera.

Il semble que cette *rechute* soit à peu près uniquement une rechute thermique ; il n'y a, en effet, aucune reprise des signes physiques et des signes fonctionnels. La rate reste hypertrophiée, mais pas de taches rosées, le ventre est souple, non douloureux, le malade n'est pas abattu, mais un peu fatigué et amaigri ; il ne pèse plus guère que 26 kg. 900.

Cependant on note :

Une constipation légère, nécessitant l'administration de lavements ;

Une baisse de la diurèse de 1.500 à 1.000 cc. ;

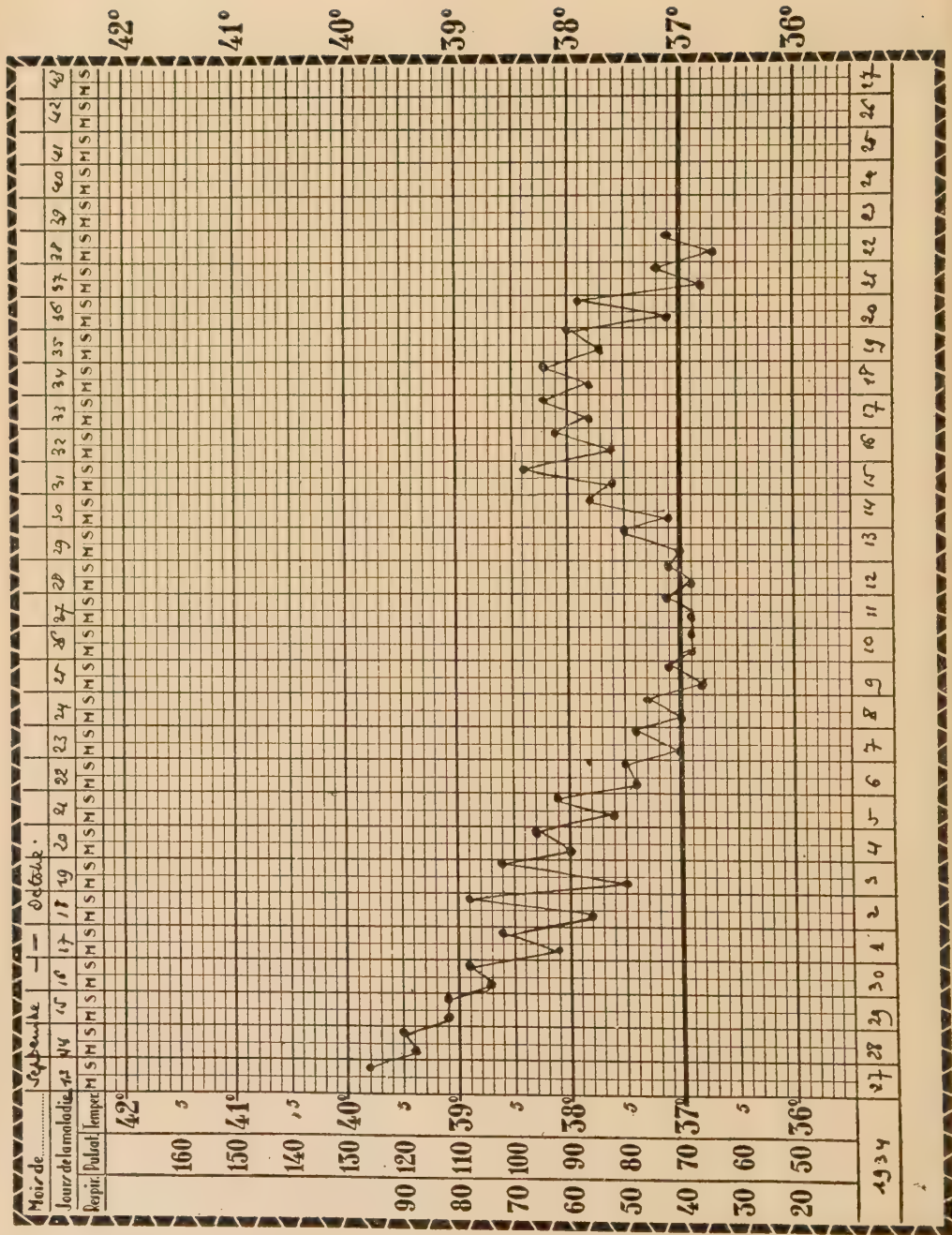
Une chute légère de la tension artérielle à 8/5.

Le 21 octobre, la température revenue à la normale, le petit malade entre en convalescence. Il sortira guéri de l'hôpital le 11 novembre 1934.

En résumé, il s'agissait d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne qui, après une défervescence complète et une période de convalescence apparente, a fait une rechute légère, caractérisée à peu près uniquement par une reprise thermique.

La durée totale de la maladie aura été de 37 jours. La première atteinte aura duré 23 jours ; la période d'apyrexie 6 jours et la rechute 8 jours.

M. Charles D.



OBSERVATION N° XI

CAMILLE E..., né le 7 février 1917.

Il s'agit d'un enfant âgé de 14 ans. Il entre dans le service le 30 janvier 1931, envoyé par un médecin, avec le diagnostic de typho-bacillose évoluant depuis une quinzaine de jours chez un enfant jusque-là bien portant.

Le début de la maladie semble en effet remonter au 15 janvier. A cette date, sans raison apparente, il se sent fatigué. De plus, il tousse un peu. Il est ainsi obligé d'interrompre son travail.

Le 18 janvier, il doit s'aliter, la température, prise à ce moment, est à 40° ; depuis elle reste élevée. L'enfant est abattu, se sent très fatigué, a de l'anorexie, de la diarrhée, alternant avec de la constipation. Cependant il dort bien la nuit, n'a pas de céphalée, pas de vertiges, pas d'épistaxis.

Le 28 janvier, un médecin consulté pense à une typho-bacillose et il envoie le malade à l'hôpital où il entre le 30 janvier, au 15^e jour de la maladie.

On se trouve en présence d'un petit malade, de taille sensiblement normale : 1 m. 50. Il est maigre et ne pèse que 32 kg. 800, c'est-à-dire plus de 7 kilos de moins que la moyenne de son âge.

Il semble un peu fatigué, un peu pâle, mais sans torpeur ni indifférence, et il répond bien aux questions qu'on lui pose. Il a une légère épistaxis quelques heures après son entrée.

La température est élevée, elle est à 39°5 le soir même de son entrée. Il n'y a pas de troubles digestifs caractérisés. La langue est rose, humide, sans aucun caractère de langue typhique, le pharynx est rouge. Les selles sont normales.

L'abdomen est souple, sans météorisme. On constate, par contre, une légère sensibilité, avec gargouillement au palper de la fosse iliaque droite.

On trouve, sur les flancs et l'abdomen, quelques taches rouges, un peu surélevées, ne disparaissant pas à la distension des téguments.

La rate est percutable et non palpable.

Le foie déborde de deux travers de doigt le rebord costal.

L'enfant ne tousse ni ne crache. A l'auscultation du poumon, on perçoit quelques râles disséminés.

Le pouls est régulier, bat à 84 à la minute, donc nettement dissocié d'avec la température, un peu dicrote.

La tension artérielle est de 10 1/2-7 1/2.

Le cœur a un volume normal. On entend des bruits faibles et sourds, le premier bruit surtout est peu perceptible à la base.

L'examen du système nerveux ne révèle rien de particulier.

Les urines sont foncées, leur volume est d'environ 500 cc. par 24 heures. Elles ne contiennent ni sucre ni albumine.

La cuti-réaction à la tuberculine est négative.

Après un examen complet éliminant toute localisation tuberculeuse et un examen radiologique avec clichés radiographiques des poumons, on s'oriente plutôt vers le diagnostic de *fièvre typhoïde*, bien qu'une hémoculture faite le jour de son entrée reste négative et qu'un séro-diagnostic fait le 3 février soit également négatif, tant pour le bacille d'Eberth que pour les bacilles paratyphiques.

L'évolution de la maladie se poursuit normalement.

Pendant cinq jours la température reste en plateau aux alentours de 39° — 39°5. Le pouls bat à 80, 90 ;

l'état général reste sans modifications. Il existe un peu de constipation.

L'examen montre une grosse rate, mesurant 11 centimètres sur 6 centimètres.

La matité précordiale est un peu augmentée. A l'auscultation, on entend un premier bruit mitral très sourd, un deuxième bruit normal. On pense à la possibilité d'une endocardite mitrale.

L'auscultation des poumons décèle des râles sibilants disséminés et quelques râles sous-crépitaux à la partie inférieure de l'hémithorax gauche.

Cependant, le 4 février, au 20^e jour de la maladie, la température tend à s'abaisser ; elle tombe à 38°4 le matin, pour remonter à 38°9 le soir, mais le lendemain matin elle est à 37°5 ; elle s'abaisse ainsi graduellement et le 8 février elle est de 37°4 — 37°8. Les urines montent à un litre.

Cependant cette défervescence dure peu et le 9 février la température qui était le matin à 37°5 monte le soir à 38°5, les jours suivants elle atteint 39° — 39°5. Il s'agit d'une *rechute de la fièvre typhoïde*. Cette rechute est sévère et prolongée. Elle s'accompagne d'une reprise de tous les signes.

La température reste en plateau à 39° — 39°5, elle est le 16 au soir de 40°4.

Le pouls est régulier, bien frappé à 104. La tension artérielle est de 10/6 au Vaquez.

L'abdomen est un peu météorisé. La rate est grosse, percutable sur 7 centimètres et 13 centimètres, mais elle n'est pas palpable. Le foie déborde toujours un peu le rebord costal.

La matité précordiale est un peu augmentée, le premier bruit mitral est très sourd, cependant que le deuxième est plus fort. On pense toujours à la possibilité d'une endocardite mitrale sans pouvoir l'affir-

mer ; on donne de la digitale. Le 18 février on entend un souffle systolique léger, siégeant à la pointe, se propageant peu.

Une éruption de taches rosées est apparue sur l'abdomen et sur les flancs. Elles sont très nettes et peu nombreuses. Il existe toujours des râles de bronchite disséminés dans les deux champs pulmonaires, avec quelques sous-crépitations aux bases.

Cependant, un séro-diagnostic fait le 10 février se montre positif au 1/50^e pour le bacille d'Eberth, négatif pour les paratyphiques A et B. Le 20 février un nouveau séro-diagnostic sera positif au 1/200^e pour l'Eberth, négatif pour les paratyphiques.

Le diagnostic clinique se trouve donc confirmé par les examens de laboratoire ; il s'agit bien d'une fièvre typhoïde à bacille d'Eberth, faisant une rechute, dothiéntérie dans laquelle prédomine une atteinte évidente de l'endocarde.

Le 25 février, au cours de la journée, l'enfant est pris d'une douleur brutale dans la fosse iliaque droite. L'interne de garde appelé constate que la palpation de la région ileo-cæcale est très douloureuse. La température est à 40°3, le pouls à 120. Il craint une perforation intestinale et l'on transporte le malade dans le service du professeur OMBREDANNE, où l'on pratique la laparatomie sous anesthésie locale.

Le péritoine contient un peu de liquide clair ; il n'existe aucune trace de péritonite. L'ileon légèrement spasmodé contient quelques plaques de Peyer, mais n'est pas perforé. L'appendice, qui est ferme et peu vascularisé, est enlevé. L'examen histologique de cet appendice confirme son intégrité.

On ne constate donc aucune lésion pouvant expliquer les douleurs.

En somme, cet enfant, qui était en pleine rechute

de fièvre typhoïde, a fait un syndrome douloureux abdominal, interprété par les chirurgiens comme appendicite mais dont la vraie nature reste obscure.

Après l'opération, l'enfant est très affaibli, la température est à 40°, les bruits du cœur sont très sourds. La cicatrisation de la plaie s'effectue régulièrement.

A partir du 28 février la température s'abaisse.

Le 3 mars, la plaie étant presque fermée, l'enfant est ramené dans le service.

La température présente de grandes oscillations, qui sont peut-être dues pour une part à un abcès de la cuisse gauche, consécutif à une injection. Cependant elle va baisser, pour atteindre 37° le 8 mars et s'y maintenir pendant quelques jours, puis elle recommence à osciller pour ne se stabiliser à la normale qu'à partir du 28 mars.

Aucun signe nouveau. L'enfant paraît très amaigri, il ne pèse plus que 28 kg. 250.

La rate est toujours volumineuse (8 centimètres sur 7 centimètres).

La matité précordiale ne s'est pas modifiée, le premier bruit mitral est toujours très sourd, mais on n'entend plus de souffle net ; le deuxième bruit pulmonaire est accentué. L'état s'améliore rapidement. L'appétit revient ; l'abcès incisé s'améliore et se draine bien.

Les urines sont redevenues plus abondantes, à un litre, et plus claires.

Les selles sont normales.

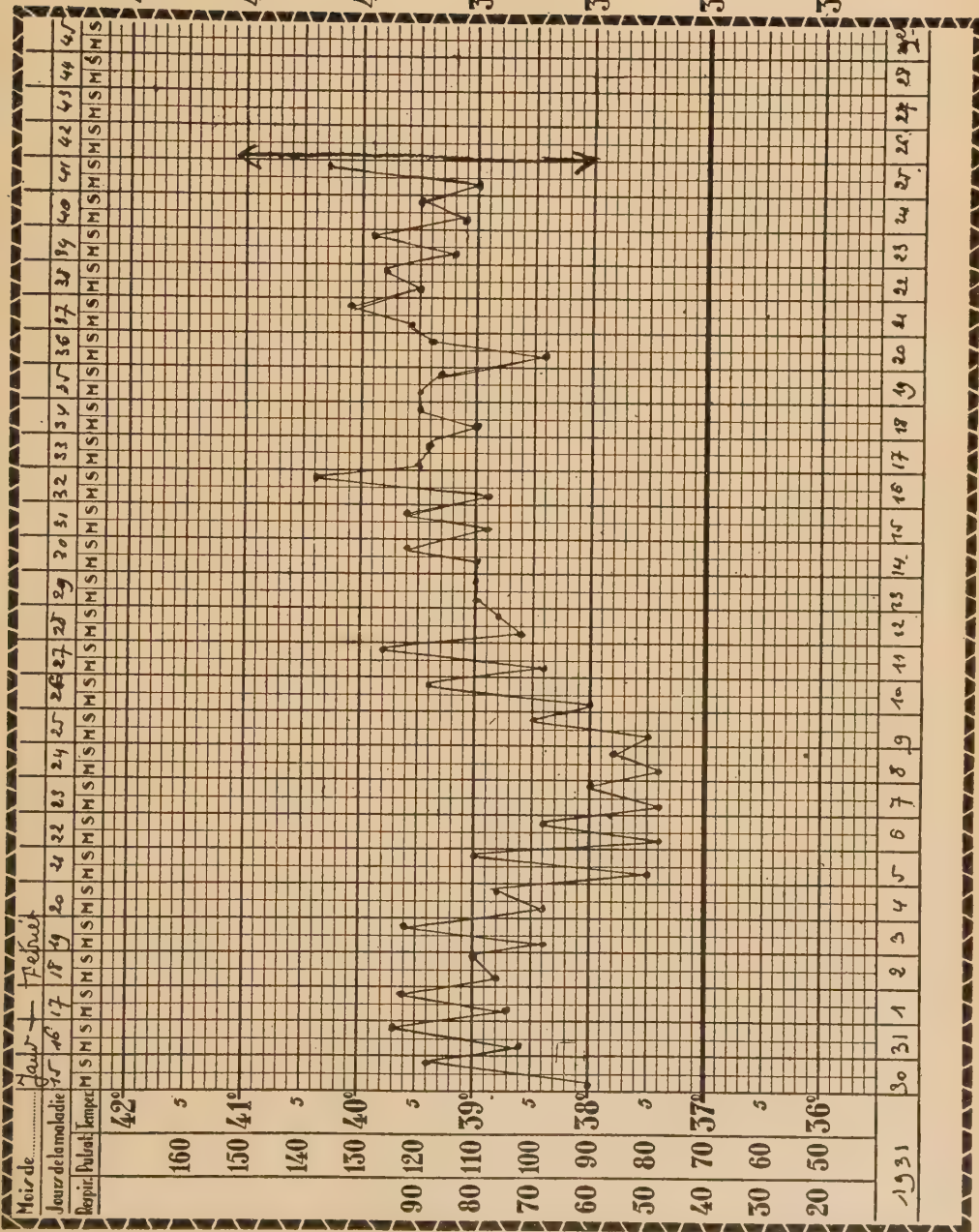
Au cœur on n'entend plus de souffle, mais le premier bruit mitral est encore un peu sourd, mal frappé.

Le pouls est régulier à 96.

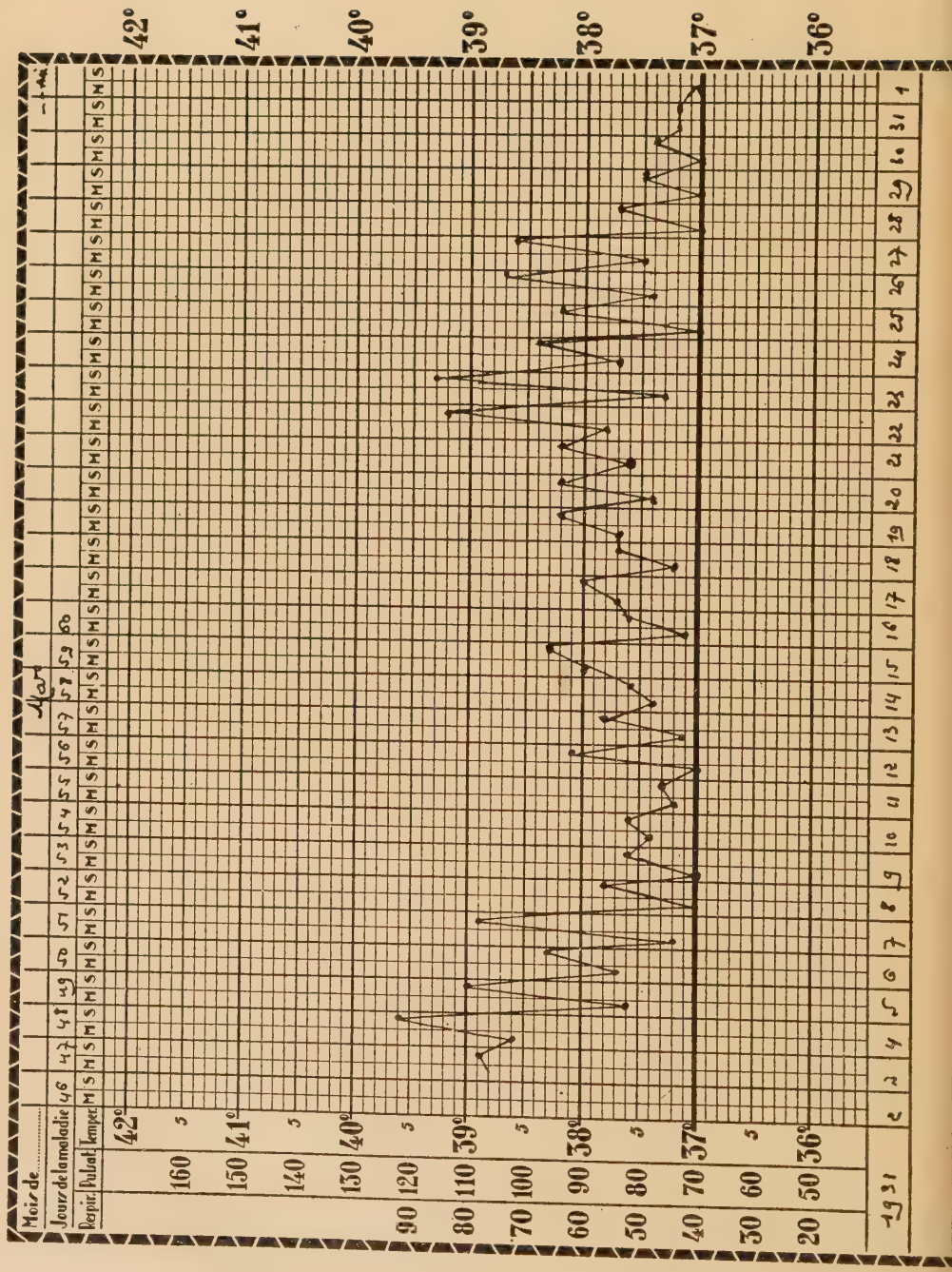
A partir du 28 mars, la température étant retombée à 37° et s'y maintenant, l'enfant entre franchement en convalescence ; il quitte l'hôpital, guéri, le 12 avril.

Il s'agit donc d'une fièvre typhoïde sévère, ayant évolué en deux phases séparées par une courte période d'apyrexie qui n'a jamais été absolue.

La maladie a duré en tout 60 jours, la première atteinte ayant duré 21 jours suivie de 3 jours d'apyrexie relative. La deuxième atteinte, elle, dure 36 jours.



977 L. Lamine. B.



OBSERVATION N° XII

LUCIENNE M..., née le 12 novembre 1922.

L'enfant, âgée de 6 ans, entre à l'hôpital le 26 octobre 1928 pour de l'hyperthermie avec diarrhée, le début de la maladie paraissant remonter à une quinzaine de jours.

Le 12 octobre, en effet, l'enfant se réveille fatiguée, la température prise est de 38°. Elle s'alite et, le soir, la température monte à 40°. Elle souffre de céphalée frontale avec irradiations oculaires, la lumière, particulièrement, lui est pénible à supporter. Le lendemain elle a des selles diarrhéiques, nombreuses, peu abondantes, de couleur jaune clair, avec des glaires à la surface ; un médecin appelé trouve une gorge rouge.

Cet état va persister quelques jours, puis la température baisse lentement ; elle est à la normale le 18 octobre, un peu hypothermique même les jours suivants ; la diarrhée cesse et on peut reprendre l'alimentation. Le 20 octobre, 8 jours après ce début, l'enfant paraît guérie et va se promener.

Mais, le lendemain, les accidents reprennent, la diarrhée réapparaît, la température monte, elle est le 22 au soir à 38°5 et monte progressivement pour atteindre 40°. C'est alors qu'on amène l'enfant à l'hôpital.

C'est donc le 26 octobre, 15° jour de la maladie, qu'on examine l'enfant. Le tableau clinique est celui d'une fièvre typhoïde. L'enfant apparaît légèrement prostrée, elle est immobile dans son lit, la face pâle, les yeux cernés.

La température est élevée, elle est à 39°2 le soir de son entrée.

Le pouls à 114, légèrement dissocié d'avec la température ; bien frappé.

Il existe des troubles digestifs : une langue saburrale au centre, rouge sur les bords et à la pointe ; un ventre légèrement ballonné mais non douloureux, on note deux selles diarrhéiques.

Il n'y a pas de taches rosées.

La rate est hypertrophiée et palpable. Elle est très mobile et remonte derrière les fausses côtes à la moindre pression. Elle est percutable sur 6 centimètres environ.

Le foie est normal.

Les bruits du cœur sont rapides, bien frappés, sans bruits adventices. La tension artérielle est de 10/7 au Vaquez.

Les autres appareils sont normaux.

Devant ces faits, on hésite à porter le diagnostic d'affection éberthienne étant donnée la pauvreté des signes physiques, d'autant qu'une première hémoculture, faite le jour de son entrée, a été négative. On attend *l'évolution*.

L'état physique va persister sans grandes modifications jusqu'au 30 octobre. La température se maintient à 39°, le 29 elle grimpe même à 40°2. Le 28 apparaît un rash scarlatiniforme, accompagné d'une langue légèrement framboisée et d'une gorge rouge ; il disparaît en moins d'une heure.

Le 29, on fait une hémoculture et un séro-diagnostic, le 30 au matin il a poussé un germe mobile qui est le bacille paratyphique A.

A partir de ce moment, 19^e jour de la maladie, s'ébauche la défervescence : la température baisse progressivement, elle va atteindre 37° le 5 novembre, l'état général s'améliore, l'abattement est moins marqué, la splénomégalie régresse.

Cependant l'auscultation du cœur, difficile à cause de la tachycardie, montre dans le 4^e espace intercostal, à gauche du sternum, un bruit râpeux, probablement post-systolique, mais difficile à localiser dans le temps, se propageant peu, ne se modifiant pas par la position assise, augmenté par le décubitus latéral gauche, donnant dans cette position la sensation de frottement à la main qui le palpe. Le lendemain, 31 octobre, le bruit s'est accentué, il est devenu franchement systolique et l'on conduit l'enfant à la radio, pour savoir s'il n'existerait pas une atteinte péricardique ; mais le cœur est normal. Le souffle persiste les jours suivants avec des caractères analogues, mais, suivant les jours on constate, soit une augmentation de son intensité, soit une diminution légère ; le siège est également variable, soit franchement apexien, soit mésocardiaque. Enfin, le souffle est tantôt franchement systolique, tantôt présystolique, tantôt postsystolique. Toutes ces modifications font envisager la possibilité d'un souffle extracardiaque, mais il ne disparaît jamais, n'est pas modifié par la position assise, la respiration, la compression des globes oculaires.

Le 14 novembre, un orthodiagramme montre une augmentation, surtout marquée du ventricule gauche, mais atteignant également le droit.

G G' est passé de 4 cm. 5 à 5 centimètres.

D' G' est passé de 7 cm. 5 à 8 cm. 4.

Le 28 novembre, un nouvel orthodiagramme montre que les cavités ont repris des dimensions à peu près normales :

G G' a 4 cm. 5 contre 5 centimètres.

D' G' a 7 cm. 7 contre 8 cm. 4.

En dehors de cette endocardite, l'évolution se fait de façon heureuse. La température, qui avait recommencé à osciller durant quelques jours, tombe rapi-

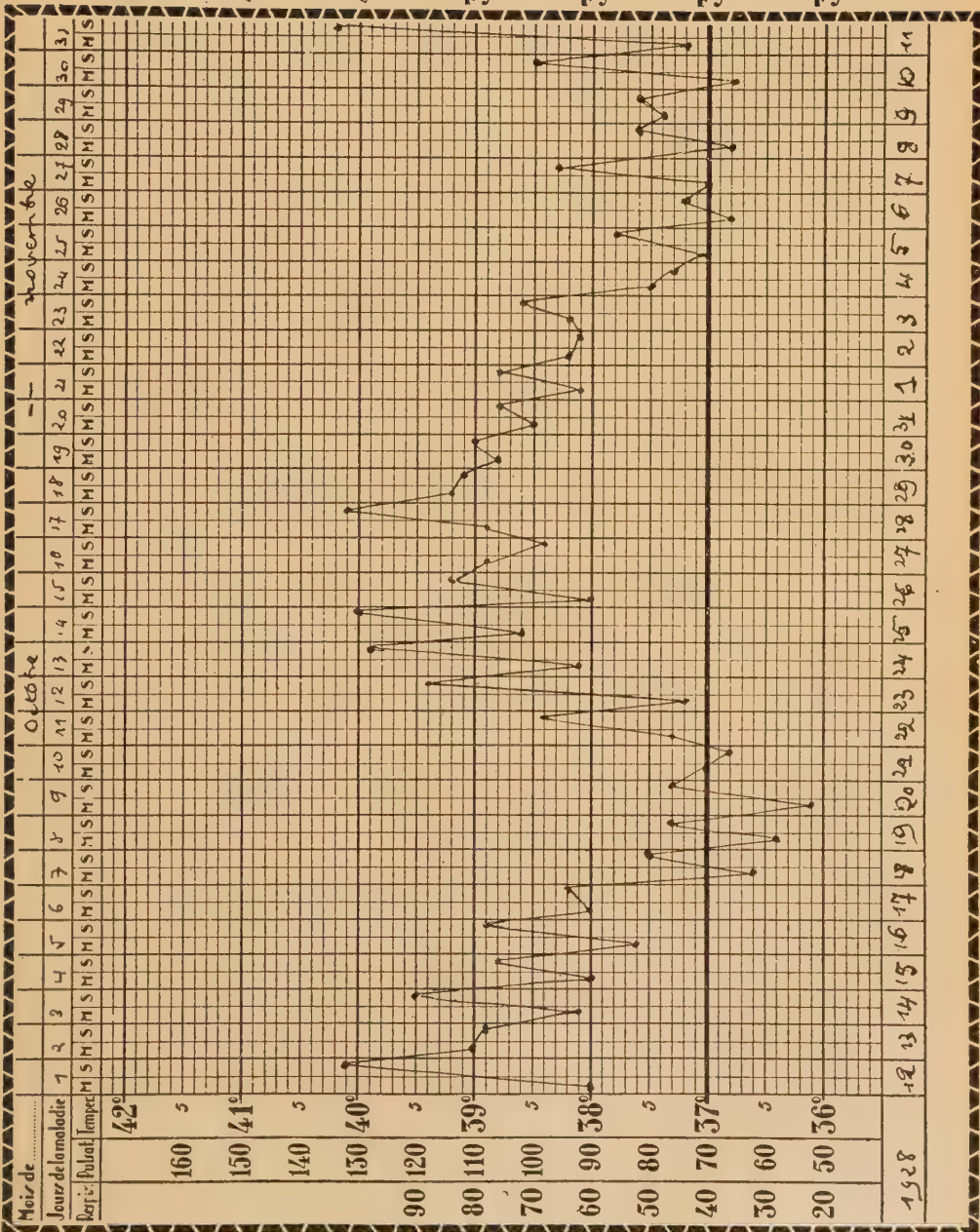
dement à 37°, le 13 novembre, au 33^e jour de l'affection et s'y stabilisera. Le pouls est resté constamment aux environs de 100, bien frappé, régulier. La quantité des urines a oscillé entre 500 et 1.000 cc., le foie n'a jamais varié, n'a jamais été douloureux. La tension, prise à diverses reprises, est restée aux environs de 9 à 9,5 pour la maxima, 5,5 à 6 pour la minima, au Vaquez.

Signalons les discussions auxquelles ont donné lieu les examens de laboratoire. Nous avons vu qu'au début l'hémoculture avait été positive au Para A., alors que le séro-diagnostic était négatif, et cela à une période où le séro-diagnostic se montre, en général, positif. Un nouveau séro-diagnostic de contrôle est pratiqué le 13 novembre et l'on a la surprise de constater que positif au 1/200^e à l'Eberth, il est négatif au Para A. Comme la culture du microbe isolé du sang a été conservée, on vérifie la culture et on trouve une double agglutination à l'Eberth et au Para A. On pratique à nouveau les diverses réactions de la culture ; celles-ci montrent qu'il s'agit d'un bacille d'Eberth, malgré l'agglutination.

Désormais, l'enfant va rester porteur d'une endocardite mitrale, qui va évoluer pour son propre compte, mais sa fièvre typhoïde est pratiquement terminée.

Elle aura duré 32 jours, 6 jours pour la première atteinte, 4 jours d'apyrexie absolue, voire d'hypothermie, et 22 jours de rechute.

En résumé, fièvre typhoïde assez fruste dans sa première manifestation, fruste dans les signes de la rechute, malheureusement fâcheusement compliquée d'une endocardite mitrale.



42°

41°

40°

39°

38°

37°

36°

Mois de

Jour de la maladie

42°

160

41°

150

40°

140

39°

130

38°

120

37°

110

36°

100

90

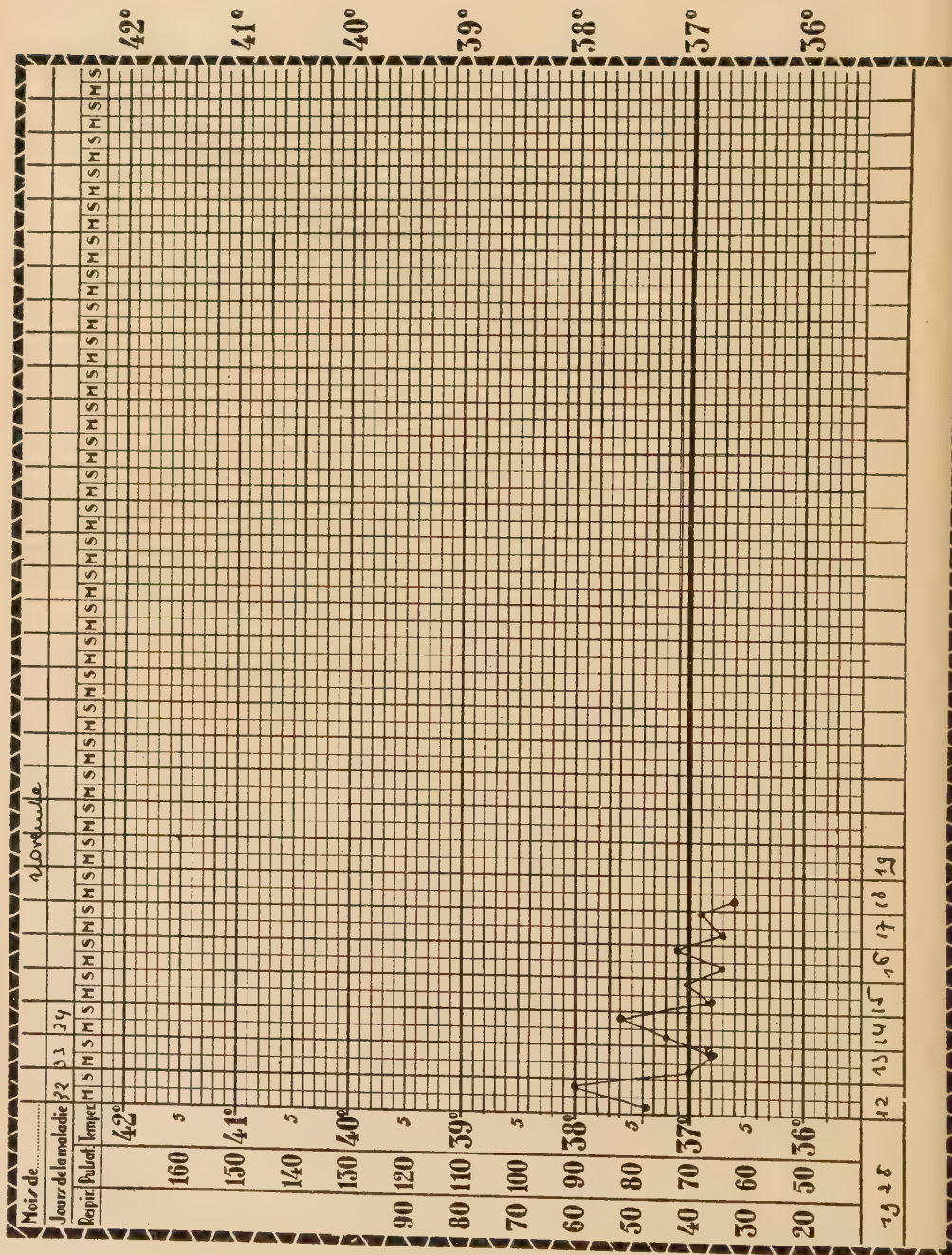
80

70

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31											

1928

M. Lucienne M.



CONCLUSIONS

1° Depuis les nombreux travaux parus dans la seconde moitié du siècle dernier, les rechutes de la fièvre typhoïde sont aujourd'hui bien connues. On a pu ainsi les individualiser nettement et les séparer des récidives et des recrudescences, tout en sachant que toutes les formes de passage existent entre les unes et les autres ;

2° La fréquence des rechutes dépend de multiples facteurs, en tête desquels il faut placer l'âge : alors qu'elle est de 4,5 % chez l'adulte, elle est chez l'enfant de 6,5 à 30 % selon les auteurs. Signalons encore qu'elles succéderaient le plus souvent à des formes bénignes ou de peu de gravité ;

3° Cliniquement, la rechute constitue en général l'image en raccourci de la fièvre typhoïde initiale. Plus courte et moins grave que la première atteinte, elle est aussi moins riche en symptômes, le seul signe constant étant la reprise de la température, après quoi les signes les plus fréquents sont : la céphalée, la splénomégalie, les taches rosées, quelques phénomènes intestinaux ;

4° La rechute est généralement bénigne et de courte durée. Elle serait particulièrement bénigne chez l'enfant. Il existe cependant des formes graves qui restent rares ;

5° Le pronostic en est donc le plus souvent bénin, basé d'ailleurs sur les mêmes éléments que dans la fièvre typhoïde ordinaire ;

6° Le diagnostic en est facile dans tous les cas où la première atteinte a été reconnue. Les examens de laboratoire sont encore ici d'un appoint précieux ;

7° La pathogénie des rechutes semble ressortir d'une auto-réinfection en rapport étroit avec les variations d'im-

munité acquise par le sujet, l'étude de l'allergie typhique étant venue confirmer cette notion. Les foyers d'enkystement des bacilles sont aujourd'hui bien connus, et il faut mettre au premier rang la vésicule biliaire ;

8° Enfin, le traitement des rechutes, mis à part le traitement habituel de toute dothiéntérie a bénéficié de travaux récents : vaccinothérapie, tubage duodénal, sérum de RODET, qui ont de nombreux partisans.

Vu : Le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu : Le Président de Thèse,

Mobécourt

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- CH. ACHARD. — Les Maladies typhoïdes (Paris 1929).
- BACALOGU-DUMITRESCO-MANTE-CIORAPCIU. — Fièvre typhoïde suivie de cinq rechutes successives et durant 182 jours (*Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 6 mai 1932).
- BARBRAU. — Des rechutes de la fièvre typhoïde (*Gazette des Hôpitaux*, 1856).
- S. BARTSOCAS. — Contribution à l'étude des rechutes de la fièvre typhoïde (*Archives de Médecine des enfants*, juillet 1932).
- BOURGAREL. — Des anomalies de la fièvre typhoïde et de l'influence de l'âge dans cette maladie (*Thèse*, Paris 1857).
- CADET DE GASSICOURT. — Traité clinique des maladies de l'enfance (Paris 1882).
- CHALIER et LEVRAT. — Reprise de typhoïde de type septicémique avec grands frissons. Efficacité remarquable du sérum de Rodet (*S. M. des Hôpitaux de Lyon*, février 1928).
- CHANTEMESSE. — Art. F. T. in Traité de médecine CHARCOT, BOUCHARD et BRISSAUD, tome II.
- CH. COHEN. — Traitement vaccinothérapique des rechutes et complications de la fièvre typhoïde (*Bruxelles Médical*, 12 juillet 1931).
- M. COSTE. — Des diverses formes de rechutes typhoïdiques (*Sem. Médicale* N° 40, 9 décembre 1903, p. 397).
- DEUMIE. — Contribution à l'étude des réitérations de la fièvre typhoïde (*Thèse*, Paris 1887-1888).
- DEVIC. — Des rechutes de la fièvre typhoïde (*Thèse*, Lyon 1886).
- DELANOE. — Anaphylaxie typhique (*Montpellier médical*, 1909).
- TH. DIMITRESCO. — Fièvre typhoïde suivie de deux récidives, la dernière suivie d'une rechute (*Presse médicale*, novembre 1924).

- ESCALLIER. — Rechute de la fièvre typhoïde et allergie typhique (*Thèse*, Paris 1912).
- FIESSINGER et CATTAN. — Septicémie typhique et infection vésiculaire (*Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 30 novembre 1928).
- FUSELIER. — Contribution à l'étude des rechutes de la fièvre typhoïde (*Thèse*, Paris 1914).
- GRENET. — La fièvre typhoïde chez l'enfant (*Le Monde Médical*, 1913, n° 498).
- GRIESINGER. — Traité des maladies infectieuses (1884). Traduction de LEMATTRE (1888).
- GUYARD. — Etude sur la fièvre typhoïde à rechutes, Paris 1876.
- HIGGINS. — Typhoid fever Relapse after forty-three days (*Medical Monthly*, Sept. 1921, analysé dans *The Journal of the American Association* 1921, 77, page 1208).
- J. HUBER et V. JORDACHESCO. — La vaccinothérapie dans les formes prolongées des fièvres typhoïdes (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 1927, p. 1761).
- HUTINEL. — Etude sur la convalescence et les rechutes de la fièvre typhoïde (*Thèse d'agrégation*, Paris 1883).
- — Art. F. T. in Les maladies des enfants.
- JACCOUD. — Sur les rechutes de la fièvre typhoïde : Leçon de clinique médicale, Paris 1883-84.
- — Récidives et rechutes de la fièvre typhoïde (*Bulletin Médical de Paris*, 1894, VIII).
- — Les rechutes de la fièvre typhoïde (*Rev. Gén. de Clin. et Thérap.* Paris 1896).
- — Des rechutes de la fièvre typhoïde (*Rev. prat. des travaux de médecine*, Paris 1897).
- — Rechutes et récidives de la fièvre typhoïde (*Concours Médical*, 18 mai 1901).
- JURGENS. — Spazielle Pathologie und therapie innerer Krankteiter, Kraus und Brugsch Lieferung 5-8, 1923.
- V. DE LAVERNE. — De la signification biologique des lésions intestinales de la fièvre typhoïde (*Annales de Médecine*, t. XIV 1923, p. 349-361).

- LIGHT. — Contribution à l'étude de la rechute de la fièvre typhoïde (*Thèse*, Nancy 1886-87).
- LORAIN. — (*Bull. et Mém. Sec. Méd. Hôp.*, Paris 1869).
- LOUE. — De la convalescence dans l'affection typhoïde au point de vue des complications et du pronostic (*Thèse*, Paris 1859).
- MAIGNOU. — Contribution à l'étude des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes chez le nourrisson (*Thèse*, Paris 1913).
- MEUNIER. — Sur les rechutes de la fièvre typhoïde (*Thèse*, Paris 1883).
- MICHEL. — Essai sur les rechutes de la fièvre typhoïde (*Thèse*, Paris 1864).
- MORE. — Fièvre typhoïde à début brusque (*Journal de Méd. et de Chir. pratiques*, 10 avril 1913).
- MORELLET. — Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde (*Thèse*, Paris 1908).
- MURCHINSON. — La fièvre typhoïde (Paris 1878).
- NARBONI. — Considérations sur les récidives de la fièvre typhoïde (*Thèse*, Paris 1894).
- NETTER. — Vaccinothérapie dans la fièvre typhoïde (*Bull. et Arch. S. M. H.*, Paris 1913, n° 26).
- Pr. NOBÉCOURT. — Les fièvres typhoïdes à rechutes chez les enfants (*Journal des praticiens*, 26 mars 1932).
- PAUL (*Constantin*). — Mémoire lu à la S. M. des H., le 24 décembre 1869.
- PODANOWSKI. — (*Revue des Sciences Médicales*, Tome XLIII, 1894, p. 552).
- POTAIN. — Leçon clinique in (*Journal de Méd. et Clin. pratiques*, janvier 1866).
- RIBIERRE et DE LAVERGNE. — Fièvre typhoïde (*Traité de Médecine* de GILBERT et CARNOT, 1927).
- N. SETTE. — L'importanza dell' innalazione di gas putridi nel tifo. Setticiemia eberthiana, con réinfezione ripetuta (*Policlinico sez prat.* 34 : 1813-1817, 12 décembre 1927).
- STOCA-PASCULESCU. — Two cases of typhoid fever of prolonged duration followed, by relapse (spitalul 52 : 439.440, novembre 1932).

TAUPIN. — Recherches cliniques sur la fièvre typhoïde dans l'enfance (*Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, 1839, Tome II).

TROUSSEAU. — Clin. médicale de l'Hôtel-Dieu, Paris 1861, Tome I.

L.-M. WARFIELD. — Typhoid fever, report of case with three relapses, remarks (*Bull. of the John Hopkins Hosp.* Tome XIII, n° 136, juillet 1902, p. 173).

WEIL (P.-Emile). — Vaccinothérapie de la fièvre chez l'enfant (*Monde Médical*, 1913).

ZIWER. — Des rechutes de la fièvre typhoïde chez les enfants (*Thèse*, Lyon 1892).

TABLE DES MATIÈRES

Historique	13
Introduction	17
Etude clinique	23
Formes cliniques	33
Pronostic	34
Etiologie et Pathogénie.....	35
Diagnostic	39
Traitement	43
Observations	47
Conclusions	121
Index bibliographique	123
